"Meio Quilo de Gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico

"Meio Quilo de Gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico

Lilian Krakowski Chazan

ISBN: 85-7541-127-8

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Angélica Mello e Daniel Pose Vazquez

Capa
Danowski Design

Ilustração da capa
A partir das esculturas de Hans Arp, Calmly Standing *e* One-Eye Warrior, *1965*

Preparação de originais
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Revisão e copidesque
Jorge Moutinho

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

C513m Chazan, Lilian Krakowski
"Meio Quilo de Gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. / Lilian Krakowski Chazan. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2007.
230 p., il. (Coleção Antropologia e Saúde)

1.Ultra-Sonografia. 2.Feto. 3.Antropologia cultural. 4.Cuidados médicos. I.Título.

CDD - 20.ed. - 612.647

2007
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A Fayga Ostrower (*in memoriam*) e Anna Bella Geiger,
que construíram meu olhar.

I photograph what I do not wish to paint
and I paint what I cannot photograph.

Man Ray

What counts here – first and last – is not so-called
knowledge of so-called facts, but vision – seeing.
Seeing here implies 'Schauen' (as in 'Weltanschauung')
and is coupled with fantasy, with imagination.

Josef Albers, *Interaction of Color*

O Fotógrafo

Difícil fotografar o silêncio.
Entretanto tentei. Eu conto:
Madrugada a minha aldeia estava morta.
Não se ouvia um barulho, ninguém passava entre as casas.
Eu estava saindo de uma festa.
Eram quase quatro da manhã.
Ia o Silêncio pela rua carregando um bêbado.
Preparei minha máquina.
O silêncio era um carregador?
Estava carregando o bêbado.
Fotografei esse carregador.
Tive outras visões naquela madrugada.
Preparei minha máquina de novo.
Tinha um perfume de jasmim no beiral de um sobrado.
Fotografei o perfume.
Vi uma lesma pregada na existência mais do que na pedra.
Fotografei a existência dela.
Vi ainda um azul-perdão no olho de um mendigo.
Fotografei o perdão.
Olhei uma paisagem velha a desabar sobre uma casa.
Fotografei o sobre.
Foi difícil fotografar o sobre.
Por fim eu enxerguei a Nuvem de calça.
Representou para mim que ela andava na aldeia de braços
com Maiakovski – seu criador.
Fotografei a Nuvem de calça e o poeta.
Ninguém outro poeta no mundo faria uma roupa mais justa
para cobrir a sua noiva.
A foto saiu legal.

Manoel de Barros, *Ensaios Fotográficos*

Sumário

Prefácio

Este livro baseia-se na tese de doutorado de sua autora, Lilian Krakowski Chazan, defendida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Trabalho de grande qualidade e envergadura, sofreu necessárias adaptações para o formato livro. Não perdeu, entretanto, o brilhantismo que o destacou como uma das melhores teses defendidas no IMS nos últimos anos.

Vinda de uma longa experiência como psicanalista, Lilian soube transformar sua escuta analítica em cuidadosa e sensível observação etnográfica. Uma 'conversão' tão bem-sucedida que nos perguntamos o quanto de talento etnográfico se faz necessário para a boa *performance* analítica...

A autora foi a campo perguntando-se como um punhado de borrões acinzentados transforma-se em um 'neném'. Como esses borrões se transformam, para quem se transformam e (talvez o mais difícil) por que se transformam? Esta pergunta levou-a a áreas de investigação e produção teórica diversificadas e razoavelmente complexas, dentre as quais destacam-se, de um lado, a questão da visualidade no mundo contemporâneo e, de outro, a medicalização e o controle do corpo da mulher, em especial da gestante. Sem poder se deter de forma mais aprofundada na complexidade dos diversos campos que necessariamente percorreu, Lilian nos apresenta seu percurso de forma sucinta, mas nem por isso menos esclarecedora. Aprendemos na leitura de seu trabalho que o horror causado pela visão do interior do corpo humano transformou-se paulatinamente em fascínio, processo que a autora busca desvendar.

Sendo este um trabalho essencialmente antropológico, seu foco está, como não poderia deixar de ser, na etnografia. E sendo um trabalho antropológico de qualidade, sua força está no modo como sustenta uma análise extremamente competente que, ao mesmo tempo, se baseia na etnografia e a supera, suscitando questões cruciais acerca da reconfiguração da Pessoa no mundo contemporâneo. Esse incessante trabalho da antropologia, que vai da experiência etnográfica singular à busca de uma teorização universalizante, já apontada por Luiz Fernando Duarte como o dilema da 'universalização romântica', está presente de forma exemplar no texto de Lilian.

Texto cuja relevância é dupla. Em primeiro lugar, relevância pedagógica: é uma ótima demonstração do fazer antropológico – o delineamento de um objeto de pesquisa, a busca de bases teóricas de discussão, o campo e sua metodologia, a análise que volta às bases teóricas apresentadas. Em segundo

lugar, relevância propriamente científica: apresenta-nos a primeira etnografia brasileira acerca da ultra-sonografia fetal (ou mesmo a ultra-sonografia de um modo geral). Apesar de se restringir à observação de clínicas particulares freqüentadas por gestantes de camadas médias e altas, o interesse científico permanece pelas possibilidades comparativas abertas e pelo pioneirismo da investigação.

Na sua introdução, Lilian fala em "reconfiguração da gravidez e da noção de Pessoa". Já faz algum tempo que a barriga da gestante deixou de ser opaca. Há apenas vinte ou trinta anos, o nascimento de uma criança envolvia sempre uma boa dose de surpresa: acerca da criança em si (se tinha os cinco dedos previstos em cada mão e pé, isto é, se tinha alguma má-formação) e, sobretudo, acerca da pergunta fundamental – menino ou menina? Havia casos de gestações gemelares que passavam indetectadas até o momento do parto. A gravidez era uma experiência vivenciada pela mulher, de forma mais ou menos solitária, o 'bebê' existindo basicamente mediante suas sensações. A opacidade da barriga foi aos poucos sendo vencida. Hoje em dia, a ultra-sonografia em 3D fornece uma 'fotografia' do futuro bebê ainda na barriga da mãe, que passa a fazer parte do álbum da criança. O neném é uma Pessoa bem antes de nascer. E, segundo as observações da autora, necessariamente é uma pessoa de um determinado gênero. Dizendo de forma mais simples: o neném só é pessoa se é menino ou menina – o que se define a partir de sua genitália. Em meio aos borrões acinzentados, a visualização ou não de um 'piruzinho' terá um conjunto de conseqüências que vão desde uma barulhenta comemoração do pai pelos corredores da clínica, como se fosse um artilheiro de futebol que acabou de marcar um gol, até a determinação das cores das roupinhas, do quarto, passando pela construção de uma certa subjetividade do futuro ente. O que Lilian percebeu na sua etnografia é que, apesar de todos os avanços e da ampla difusão de um discurso acerca da igualdade entre homens e mulheres, sobretudo entre as camadas médias urbanas, as concepções acerca das diferenças entre os 'sexos' permanecem extremamente polarizadas, demarcando com sua força a construção de Pessoas inapelavelmente masculinas ou femininas. A tão discutida imbricação entre sexo e gênero opera a todo o vapor, constituindo as expectativas de pais e familiares e, por este meio, construindo a experiência da criança ainda por nascer.

A riqueza dos dados colhidos torna difícil escolher, dentre as temáticas tratadas, as mais relevantes. Mas, sem dúvida, um dos achados mais originais de Lilian foi seu *insight* acerca da produção do 'prazer de ver' as imagens fetais. Qual o sentido, ela nos pergunta, desse deslumbramento pelo conjunto de manchas acinzentadas?

Para chegar a essa pergunta, e tentar respondê-la, foi necessário, antes de mais nada, delinear o modo como, no decorrer das próprias sessões de ultra-sonografia, os 'borrões acinzentados' são transformados em um 'neném'. Lilian buscou capturar essa transformação em ação, ou seja, o processo mesmo de produção do 'neném' por meio da ação e do discurso dos médicos, mas também da cooperação ativa da gestante e de seus parceiros. Estes são ensinados a ver,

mas além da pedagogia mais explícita, cria-se neles o 'desejo' de ver. E eles voltam ao ultra-sonografista, com uma freqüência cada vez maior, e cada vez menos justificável do ponto de vista estritamente médico, para 'ver seu neném'.

Bem mais que um relato sobre ultra-sonografia fetal em mulheres de camadas médias do Rio de Janeiro, o livro de Lilian propõe uma reflexão refinada sobre o papel da tecnologia médica na (re)definição do corpo e da própria realidade em que vivemos. Em um mundo em que a intervenção médica é cada vez mais mediada por uma tecnologia vista como desumanizante e promotora de uma visão fragmentada do ser humano, a ultra-sonografia fetal é, ao contrário, uma espécie de tecnologia humanizadora e totalizante – no sentido de produzir um ser humano inteiro onde antes não havia. É assim que o feto – transformado em criança, com vontade, personalidade e jeito de ser próprios – destaca-se do corpo da mãe, fenômeno que tem implicações éticas importantíssimas. De fato, o surgimento do feto como sujeito moral, político e jurídico tem conseqüências para a noção moderna de Pessoa ainda difíceis de serem avaliadas. Abrindo mão de respostas fáceis, o livro de Lilian Krakowski Chazan dirige nossa reflexão para um conjunto de questões em torno da medicalização e da difusão das biotecnologias sobre as quais ainda há muito o que pensar, revelando-se um livro muito bom para ler, mas sobretudo muito bom para pensar, como queria a autora.

Jane Araujo Russo
Doutora em antropologia social, com pós-doutorado
na École des Hautes Étudesen Sciences Sociales, Paris, França,
professora adjunta do Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj)

Apresentação

Como Sombras Cinzentas São Transformadas em 'Bebês'?

Quem quer que se lembre da impressão despertada ao ver pela primeira vez as sombras cinzentas das imagens de uma ultra-sonografia obstétrica é capaz de compreender as perguntas centrais deste livro: como e por que imagens tão estranhas tornaram-se objeto de apreciação, culto e desejo.

A idéia de realizar esta etnografia como tese de doutorado e que resultou no presente livro derivou diretamente da pesquisa desenvolvida para o mestrado, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Naquela investigação, procurei compreender, de um ponto de vista estritamente teórico, o processo de construção do feto como objeto de interesse médico e social gerando um fenômeno intrigante: a expansão da ultra-sonografia obstétrica, bem como os diversos sentidos por ela adquiridos para além de sua utilização diagnóstica (Chazan, 2000).

A partir de fins da década de 1980, o ultra-som aplicado à gravidez se tornou uma prática médica considerada indispensável no acompanhamento das gestações. Ao longo da década de 1990, na América do Norte e na Europa, produziu-se uma série de estudos antropológicos acerca das práticas e dos significados da expansão acelerada do uso do ultra-som na gravidez. Pesquisou-se o uso político dessas imagens no contexto da discussão sobre os direitos reprodutivos, a construção do feto como Pessoa mediada pela tecnologia, a produção do feto como detentor de 'direitos civis', a 'invisibilidade' do corpo feminino no decorrer da gestação, transformando o feto 'visível' em um ser destacado do corpo da gestante, entre diversas outras questões.[1] A revisão desses estudos sobre ultra-sonografia mostrou, dos mais variados ângulos e de maneira recorrente, a importância das especificidades culturais locais na produção dos entendimentos acerca do ultra-som.

A inexistência de pesquisa similar no contexto brasileiro foi o estímulo necessário para empreender uma etnografia no Rio de Janeiro. A proposta desse tipo de investigação se caracteriza por ir além de uma mera descrição do que se passa no dia-a-dia. Uma abordagem etnográfica implica necessariamente uma observação do material empírico baseada em alguns pressupostos teóricos; desse modo, trata-se de um olhar informado por esses pressupostos. No trabalho de campo, busquei observar e compreender de que maneira os diferentes atores lidavam, em termos de discursos e práticas, com a ultra-sonografia

obstétrica. A pesquisa foi focada nas negociações ocorridas em torno das imagens fetais durante os exames de ultra-som, um dos motivos pelos quais optei por não realizar entrevistas com as gestantes. O objetivo principal consistia em captar nas atitudes e falas espontâneas – tanto quanto é possível com a presença de uma observadora tomando notas – como eram significadas as imagens. Nesse sentido, portanto, as entrevistas pouco teriam a acrescentar.

A observação foi realizada ao longo do ano de 2003 e compreendeu três clínicas privadas. A proposta inicial consistia em investigar como se passava, em um determinado universo, a construção do feto como Pessoa mediada pela ultra-sonografia. A pesquisa empírica iniciou-se calcada nos estudos sobre a visualidade, mas de imediato algumas peculiaridades da prática da ultra-sonografia chamaram a atenção. Gradualmente foi ficando evidente que o ponto central da questão estava em outro lugar, consistindo na *produção do prazer* de ver as imagens fetais – a rigor, sombras cinzentas, indistintas e fugazes na tela do monitor do aparelho de ultra-som. A expressão prática do fato de este ser um prazer construído socialmente se encontrava no modo como o ultra-som obstétrico se expandiu em determinados grupos sociais, cujo sentido tornou-se um dos focos principais da investigação. Ao encerrar a pesquisa teórica, ficou delineada uma série de hipóteses que o material etnográfico forneceu elementos para elaborar.

As imagens fetais parecem ser um ponto de articulação de numerosas vertentes, dentre as quais sublinho aqui apenas algumas. Uma delas diz respeito à importância da visualidade que, apoiada na tecnologia, ao longo do século XX constituiu-se em um dos modos principais de se lidar com o mundo. Outras questões consistem na medicalização e no controle da gravidez e do corpo da mulher, na discussão bioética sobre o começo da vida humana, no modo como a visualidade incide na construção do corpo e no conhecimento confiável biomédico, no estudo semiótico das transformações dos ecos em imagens – e destas em 'bebês' – e na própria reconfiguração da Pessoa, na atualidade permeada pelos mais diversos tipos de interação entre o sujeito e a tecnologia (Chazan, 2001, 2002a, 2002b).

Em todas as sociedades humanas, a concepção de novos seres e seu nascimento é objeto de atenção e de construção de significados. Nunca será demais sublinhar que tal produção é sempre histórica, política, cultural e socialmente determinada, e que as acepções produzidas são modeladas e estão delimitadas por esses fatores, em um movimento de realimentação dinâmica. Por esse prisma, a perspectiva adotada neste livro é, portanto, de estudo do que se considera um caso particular desse tópico: o modo pelo qual as imagens fetais obtidas por meio do ultra-som vêm contribuindo para a reconfiguração da gravidez e da noção de Pessoa em um determinado segmento social no Rio de Janeiro. Trata-se, por conseguinte, de uma 'metabusca',[2] na medida em que se procura aqui compreender qual seria o sentido dessa forma particular – medicalizada, visual – de um determinado grupo significar e construir socialmente a gestação e o surgimento de novos seres.

Este é um estudo crítico na medida em que pretende encontrar, por meio de um esgarçamento da trama de uma prática amplamente difundida e de certa forma naturalizada na sociedade em que vivemos – a realização de ultra-sonografias obstétricas –, um significado mais amplo e aprofundado das condições que propiciaram a construção de tal fenômeno, assim como de suas articulações internas. Eventualmente o termo 'crítica' contém uma acepção de 'ataque'. Não se trata aqui nem de um ataque à tecnologia – o que seria, acima de tudo, anacrônico e ingênuo – nem de uma apologia. Pretendi, sobretudo, desenvolver uma reflexão sobre algo que nos parece 'dado'; busquei, portanto, por meio de desconstruções e de indagações, promover um questionamento sobre um fenômeno específico esperando, no máximo, que esta leitura seja, parafraseando Lévi-Strauss, 'boa para pensar'.

Se é possível pensar em uma linha mestra que una os aspectos aparentemente díspares do segmento teórico deste livro, esse fio consiste em compreender o processo que desembocou no deslumbramento produzido na atualidade pelas imagens fetais e, principalmente, qual o sentido desse fascínio.

Os Caminhos da Pesquisa e a Estrutura do Livro

Muitas vezes, insistir diretamente no *porquê* de uma determinada questão torna-se um exercício estéril. No entanto, ao se buscar entender o *como* freqüentemente acaba-se encontrando pelo meio do caminho o *porquê* procurado, imbricado no *para quê*. E, de fato, o próprio caminho da pesquisa apontou questões que não se apresentavam quando foram feitas as primeiras indagações, pois tanto a investigação teórica quanto o trabalho de campo reorientaram as perguntas e o foco iniciais, trazendo algumas respostas e – como não poderia deixar de ser, para o bem e para o mal – inúmeras novas perguntas.

No que concerne ao encaminhamento da pesquisa teórica, considerando tratar-se de um estudo envolvendo uma tecnologia de imagem médica, imagens fetais, mulheres grávidas e acompanhantes, assim como profissionais médicos, utilizei dois eixos-mestres para a construção do raciocínio. O primeiro é um aspecto que abrange e ultrapassa o tema específico da investigação. Trata-se da visualidade ou, em outros termos, da construção do olhar e do observador modernos que, em conjunto com as tecnologias de imagem, vem também reconfigurando noções sobre corpo e Pessoa, em uma via de mão dupla. O segundo eixo de raciocínio, buscando compreender de que modo o feto emergiu como objeto de escrutínio visual, aborda o processo de medicalização da gravidez e do parto, que se encontra inscrito em uma questão também mais ampla, envolvendo a medicalização social – nos termos de Michel Foucault (1998c): a tradução, em termos biomédicos, dos mais variados aspectos e etapas da vida. Desde a primeira abordagem do tema, ainda bem no início da pesquisa na pós-graduação, os dois aspectos apareciam de modo recorrente. A

etnografia evidenciou as articulações existentes entre os dois eixos teóricos escolhidos, de modo dinâmico, vivo e, por vezes, surpreendente.

O projeto inicial, como sói acontecer, revelou-se amplo demais em seu escopo no início do trabalho de campo. A princípio, eu pretendia desenvolver um estudo comparando a prática da ultra-sonografia obstétrica em um hospital público, um hospital universitário e uma clínica particular. A observação foi iniciada por esta última, e o motivo da escolha deveu-se a uma conjunção um tanto aleatória de fatores, que envolviam o tempo de que eu dispunha para a observação, a facilidade de deslocamento e a de contato com alguns ultra-sonografistas que atuavam na área privada.

No decorrer dos três primeiros meses do trabalho de campo percebi a necessidade de redimensionamento do escopo da pesquisa, em virtude de ter verificado que, dada a riqueza do material etnográfico, se fosse seguido o projeto original, o número de variáveis em jogo tornaria a análise inviável no tempo disponível para a pesquisa. Contudo, mais importante do que este aspecto operacional, um dos fatores que mais pesaram na decisão de mudar o rumo da pesquisa consistiu no fato de que a observação na primeira clínica evidenciou algumas peculiaridades muito interessantes na realização da ultra-sonografia obstétrica.

A principal delas foi a existência de uma interatividade constante entre o profissional e a clientela, inexistente em outras tecnologias de imageamento médico. Surgiram perguntas acerca de aspectos idiossincráticos do operador da aparelhagem e da construção de uma cultura visual específica dos atores do universo observado, temas que me pareceram fascinantes e merecedores de uma investigação mais aprofundada. Daí o trabalho de campo ter sido redirecionado para a observação de mais duas clínicas privadas que atendiam gestantes de diferentes estratos das camadas médias da população. A estratégia de restrição do escopo da investigação possibilitou um refinamento na observação de aspectos relativos à interação entre profissionais, gestantes e acompanhantes e permitiu, ainda, um aprimoramento na distinção entre o que era devido a singularidades de cada profissional e o que era uma característica genérica desse universo.

Por meio de observação participante, procurei captar de que maneira as imagens fetais eram apropriadas, negociadas e significadas conjuntamente por profissionais da saúde, gestantes e parceiros. Desse modo, entre outros aspectos, busquei contribuir para a discussão sobre o tema da construção do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia de imagem; e procurei ainda compreender os discursos e as práticas dos sujeitos envolvidos nessa produção. Mais precisamente, tratou-se de observar e analisar, etnograficamente, de que modo o feto era percebido e significado pelos atores presentes no decorrer da realização da ultra-sonografia obstétrica. Busquei no conjunto de observações, em especial nos discursos e atitudes de ultra-sonografistas, gestantes e acompanhantes, recorrências e regularidades a partir das quais fosse possível esclarecer como se produzia esse *constructo*. Tratei o conjunto como constituindo um compósito,

construído pelo amálgama das diversas falas, considerando essa polifonia esclarecedora dos pressupostos subjacentes à construção do feto como Pessoa no universo observado. Por este motivo, na apresentação das vinhetas do campo utilizo 'G' para designar de modo genérico todas as gestantes, e 'P' para seus parceiros. Pelo fato de ser o feto o foco principal da atenção dos atores, os parentes presentes também foram referidos genericamente por sua relação de parentesco com ele. Outro motivo para estas designações foi de ordem ética, visando à manutenção do anonimato de meus etnografados – motivo pelo qual também todos os nomes presentes no livro são fictícios, exceto o meu, claro.

Organizei o material sob rubricas distintas, correspondentes aos temas mais recorrentes surgidos no campo ao longo do tempo da observação, dos quais os capítulos da etnografia se ocupam. Trata-se necessariamente de uma redução diante da infinidade de assuntos que se articulam nos discursos e práticas da ultra-sonografia obstétrica. Optei deliberadamente por apresentar o material etnográfico com um mínimo de edição nas falas do material de campo, mantendo gírias, eventuais erros de concordância e contrações verbais. Com esse procedimento – mesmo que incorrendo no risco de críticas por apresentá-lo desse modo quase bruto – procurei preservar, tanto quanto possível, a vivacidade e a espontaneidade das falas dos atores. Em algumas ocasiões, os exemplos apresentados o foram de modo extenso, com o intuito de situar e contextualizar algum ponto específico abordado no texto; por vezes, um mesmo caso, mais denso de significados, foi retomado e analisado por ângulos distintos em diferentes capítulos.

Um aspecto freqüente ao longo da etnografia consistiu em situações um tanto cômicas – e sublinho esse ponto para deixar claro que, ao descrever ou reproduzir diálogos e/ou situações por vezes muito engraçados, não pretendi em momento algum ridicularizar os atores do universo observado. Penso que o humor, voluntário ou involuntário, consiste em uma forma bastante eficaz de se lidar com situações potencialmente causadoras de ansiedade e preocupação – como era o caso de exames em que se buscava, por princípio, ter certeza de que fetos e gestantes gozavam de boas condições de saúde. O fato de tais emoções nem sempre serem explicitadas, no decorrer dos exames ultra-sonográficos, não significava que estivessem ausentes. Por outra vertente, o humor que se encontra esparso ao longo do texto, por ser capaz de produzir um distanciamento analítico do material, foi utilizado deliberadamente.

A estrutura do livro, como um todo, assemelha-se de certo modo à tecnologia de imagem que lhe é central. A ultra-sonografia produz imagens de cortes do corpo que, trabalhadas por um sistema computacional, apresentam-no de modo bidimensional. Dependendo do grau de sofisticação desse sistema, a recomposição por meio de computação gráfica produz imagens que parecem tridimensionais. A analogia consiste em considerar que os eixos escolhidos para abordar a cultura visual e os desdobramentos produzidos e/ou permitidos pelo ultra-som obstétrico, em conjunto com a etnografia, corresponderiam aos cortes; as conclusões equivaleriam à produção final de uma ultra-sonografia que

constrói a imagem virtual de uma situação concreta e complexa – no caso do ultra-som, a existência do feto; no caso do livro, a de um fenômeno que, por sua complexidade, só pode ser alcançado de modo fragmentário.

O primeiro capítulo delineia, do ponto de vista teórico, um panorama do campo que permita alguma compreensão sobre os desdobramentos ocorridos com o ultra-som obstétrico, tratando especialmente de dois tipos de construção. Para situar o lugar e o papel desempenhados na cultura por uma tecnologia visual médica, tornava-se necessário buscar uma compreensão sobre a construção do olhar e, em especial, do lugar ocupado pelas tecnologias de imagem nesse olhar. Assim, uma questão dizia respeito a como se constituiu a visualidade tal como a vivemos na atualidade, e de que modo ela veio ocupar esse lugar de destaque em relação aos outros quatro sentidos na produção de 'verdades', na sociedade ocidental contemporânea. Outra questão, relacionada à primeira, consistia em como e por que a imagem técnica médica adquiriu o grau de credibilidade que hoje detém.

O segundo eixo de investigação teórica envolveu a exploração do tema da construção da gravidez e do parto como assuntos médicos e de que modo esse tipo de *constructo* configurou a construção social do feto. A constituição da obstetrícia médica como campo profissional transformou a gravidez e o parto em 'patologias potenciais', e ao longo da segunda metade do século XX entrelaçaram-se a reforma da profissão obstétrica e as diferentes concepções acerca da gestação e do parto, que contribuíram de modo relevante para a construção do feto como Pessoa. Muito longe de pretender construir uma história da medicina ou da obstetrícia, visei apenas esboçar um pano de fundo com elementos que permitissem entender como uma tecnologia de imagem atingiu um determinado e específico *status* dentre as tecnologias de acompanhamento pré-natal. No processo de consolidação da obstetrícia como pertencente ao campo da biomedicina, as diversas tecnologias de 'diagnóstico' e acompanhamento da gravidez desempenharam um papel de grande importância. Delineio neste capítulo algumas das intervenções tecnológicas na gestação, com foco especial na ultra-sonografia.

O segundo capítulo traz uma revisão dos estudos antropológicos produzidos no exterior na década de 1990 sobre o tema. Estes enfatizavam o quanto os aspectos culturais vigentes no campo delimitavam e modelavam a maneira como a tecnologia de ultra-som era apropriada, significada e manipulada pelos atores nela envolvidos. Incluir essa revisão teve como objetivo estabelecer uma base comparativa para o estudo etnográfico desenvolvido nos capítulos subseqüentes.

No capítulo 3 introduzo a etnografia, discutindo a minha entrada no campo e as diversas questões relativas ao fato de, sendo graduada em medicina, buscar uma abordagem antropológica em ambiente médico. Existiram vantagens e desvantagens relacionadas com essa dupla identidade, pois se, por um lado, ser médica abriu portas por meio de contatos pessoais e profissionais, por outro essa formação prévia por vezes dificultava o estranhamento e o

distanciamento antropológicos indispensáveis à tarefa à qual me propunha: produzir um trabalho etnográfico.

A especialidade à qual me dedicava – basicamente psicanálise, proveniente de anos iniciais em psiquiatria – também emergiu como uma questão a problematizar, embora não tão significativa quanto a primeira. No que concerne a esta segunda questão, a multiplicidade da identidade profissional se revelou também com dupla face, oferecendo prós e contras, tanto na interação com os profissionais quanto na elaboração da escrita etnográfica. No contato com os profissionais, notei que por vezes evocava neles sentimentos um tanto persecutórios, enunciados de modo jocoso: "*O que que ela vai pensar da gente? Que somos um bando de doidos!*" Em outras ocasiões, entretanto, fui brindada com confidências dos médicos que demonstravam a confiança deles em mim e estreitaram laços de sociabilidade, com resultados bastante produtivos para a pesquisa.

Quanto à escrita, do mesmo modo, houve aspectos duplos: existiu uma preocupação epistemológica em não misturar os referenciais teóricos da antropologia e da psicanálise, embora por vezes os – inevitáveis – olhar, escuta e compreensão psicanalítica tenham sido ferramentas úteis para a observação no campo. Percebi, por exemplo, que a oscilação entre a imersão no campo e o distanciamento antropológico – imprescindível para essa abordagem – guardava estreita similaridade com a dinâmica do trabalho de escuta psicanalítica. Nesse sentido, a formação e o treinamento em psicanálise mostraram-se bastante proveitosos para a construção da etnografia. Toda essa discussão pareceu-me mandatória para estabelecer o(s) ponto(s) de vista a partir do(s) qual(is) foi produzido o material etnográfico. A divisão e o modo de apresentação da etnografia nos quatro capítulos subseqüentes, baseados nas recorrências que me chamaram a atenção no decorrer da observação, implicitamente evidenciam a abordagem analítica que foi dispensada ao material empírico.

No capítulo 4, trato do tema que foi responsável pela mudança de rumo da etnografia: a interatividade característica da tecnologia de ultra-som em geral. A ultra-sonografia obstétrica leva ao limite esse aspecto interacional e de intimidade, em contraste com o exame ultra-sonográfico de outras partes do corpo, como fígado, rim, músculo esquelético, por exemplo.

Em primeiro lugar, a ultra-sonografia é – no dizer dos próprios profissionais – uma tecnologia 'operador-dependente', na medida em que é um procedimento dinâmico no qual, em tempo real, o médico busca as imagens de estruturas corporais com base nas informações visuais que vai obtendo e decodificando ao longo do próprio exame. Acrescente-se ainda que nesse tipo de prática existe um contato físico, inexistente em outras tecnologias de imagem, entre o profissional e o sujeito examinado. Esse contato entre ultra-sonografista e cliente é mediado pelo transdutor do ultra-som que ou desliza diretamente sobre um gel que é espalhado sobre a região do corpo a ser examinada ou, protegido por preservativos descartáveis, é introduzido em cavidades corporais – no caso do ultra-som obstétrico, a vagina da mulher.[3]

Em segundo lugar, o médico, em virtude de o objeto principal do exame ser o feto, entra necessariamente em contato com uma gama de aspectos interpessoais – aí incluídas demandas e ansiedades manifestadas explicitamente tanto pela gestante como pelos acompanhantes ali presentes – muito mais ampla do que nos outros tipos de exames de ultra-som. O atendimento e a compreensão – ou não – dessas demandas estabelecem diferenças marcantes no renome que os especialistas em ultra-sonografia obstétrica adquirem entre a clientela atendida.

No capítulo 5, exponho a produção de 'verdades' médicas e não-médicas a partir das imagens ultra-sonográficas, uma atividade que tem como pedra basilar o que designei por 'mito da objetividade da imagem técnica', discutindo também de que modo este mito opera no campo observado. Para minha surpresa, talvez ingênua, observei que os profissionais especialistas em imagem mostravam-se bastante cientes do aspecto subjetivo necessariamente presente na área de imagem técnica médica, relativizando a 'verdade' produzida apenas pelas imagens, em contraste com as expectativas do público leigo e de especialistas de outras áreas da medicina. Analiso as implicações dessa produção de variadas verdades e algumas das conseqüências e vicissitudes relacionadas à existência do mito da objetividade, assim como os seus desdobramentos na cultura em geral e nas práticas médicas em particular.

O capítulo 6 é dedicado à investigação da questão talvez mais marcante em termos de seu alcance cultural e que parece ser uma característica do universo observado, em contraste com outros países: a expansão da ultra-sonografia como espetáculo e objeto de consumo em si. O aspecto 'consumo', envolvido na prática de ultra-som, é um elemento fundamental para a construção e a articulação de três questões distintas, embora inter-relacionadas. Por meio da espetacularização e do consumo das imagens fetais são produzidas, simultaneamente, uma cultura visual específica e uma estetização das imagens fetais, e por meio deste modo de apropriação do exame pelos atores envolvidos, um reforço do panopticismo envolvendo a gravidez e o feto. Os três elementos, em um movimento de realimentação positiva, aprofundam e servem como combustível para a medicalização da gravidez. À medida que foi sendo elaborada a etnografia, dei-me conta de que a *produção do prazer de ver* as imagens fetais era uma questão central, a pedra de toque de todo esse processo, uma discussão desenvolvida na conclusão do livro.

No capítulo 7, trato especificamente de um fenômeno todo o tempo presente no campo e que conjuga várias das questões anteriores: a construção de gênero e a subjetivação do feto. Tratava-se de uma atividade conjunta dos atores observados – médicos, gestantes e acompanhantes – com início, na maior parte das vezes, no momento em que ou se arriscava uma probabilidade ou se definia visualmente o sexo fetal, o que dependia do estágio da gravidez no qual a gestante se encontrava. A curiosidade – espontânea ou, se ausente, instigada pelos profissionais – era uma constante no universo etnografado.

Apenas uma mulher, entre cerca de duzentas observadas, declarou explicitamente não querer saber o sexo fetal.

A construção de gênero fetal é uma atividade discursiva que se dá freqüentemente apoiada nas imagens fetais decodificadas e explicadas pelo profissional, mas que por vezes prescinde delas. Está ao mesmo tempo fortemente modelada por concepções bastante tradicionais, circulantes no senso comum no Brasil acerca de identidades, códigos e relações de gênero e serve-lhes de reforço, constituindo um dos momentos fundamentais na transformação do feto em Pessoa, na medida em que a construção de subjetividade fetal é, na maior parte das vezes, generificada.[4] Além deste aspecto, o consumo de objetos para o futuro bebê ocupa um lugar relevante na construção tanto de gênero como de subjetividade fetais. A construção de gênero fetal é também um momento importante de produção de 'verdades' sobre o feto, de caráter não-médico e subjetivante.

Finalmente, nas considerações finais, procuro articular em um conjunto coerente todos os aspectos anteriormente apresentados. Busco em especial estabelecer uma compreensão e desenvolver algumas reflexões sobre o significado biopolítico do fenômeno da ultra-sonografia obstétrica tal como se apresentou no campo observado, assim como propor questões. Tento, sobretudo, formular possíveis respostas ao problema de como e por que imagens tão estranhas tornaram-se objeto de apreciação, culto e desejo. A construção do prazer de ver as imagens fetais pareceu ser o ponto central de conexão de numerosas questões, sendo, simultaneamente, produto destas e motor de realimentação da ampliação do controle dos corpos e da produção precoce de novos indivíduos fetais que, tornados visíveis, medicalizados, normatizados, subjetivados e generificados, são transformados em Pessoa antes de virem ao mundo.

Lembro-me de, ainda no início do mestrado, na conferência de abertura do primeiro congresso de antropologia do qual participei, ter ouvido um experiente antropólogo dizer que "*havia finalmente descoberto que o orixá dos antropólogos era Exu, por ser ele o senhor das encruzilhadas*" (professor doutor Ordep Serra, Universidade Federal da Bahia. Conferência inaugural da 22ª Reunião Brasileira de Antropologia, Brasília, julho de 2000). E que esta era a principal característica desses profissionais: colocar-se em encruzilhadas. Em uma delas me coloquei. O propósito do presente estudo é manter-me firmemente nela, após ter explorado alguns dos caminhos que dela saem ou que nela desembocam. A meu ver, este é o melhor lugar estratégico para continuamente se fazer perguntas e buscar respostas.

Redigir os agradecimentos de um livro é uma tarefa ingrata. Fica-se diante de duas perspectivas, igualmente desconfortáveis: montar uma lista enfadonha para quem se disponha a lê-los – em razão da quantidade de pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho chegasse ao

final – ou perpetrar grandes injustiças. Por uma certa praticidade optei pela segunda alternativa, considerando que, mesmo que escolhesse a primeira, de um modo ou de outro também cometeria diversas omissões, algumas delas imperdoáveis. Agradeço então:

Em primeiro lugar, a Jane Araujo Russo pela orientação atenta, inteligente e sobretudo bem-humorada, pela paciência em ler o manuscrito e por suas valiosas sugestões. Ao professor Luiz Fernando Dias Duarte, que acompanhou o trabalho desde o início, pela interlocução sempre rica e instigante.

Ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), que ao me aceitar como pós-graduanda possibilitou anos inesquecíveis de aprendizado, convívio e trabalho.

Aos médicos e médicas e, em especial, às inúmeras gestantes e acompanhantes que, anônimos, generosamente permitiram minha intrusão em momentos importantes de suas vidas, sem o que esta pesquisa não teria sido possível.

Aos amigos Cristina Werner, Patrícia Montenegro, Cristiana Lima, Renata Nogueira, Márcia Jazbik, Cláudia Cabral e Suzana Garcia, cuja colaboração foi fundamental para a realização do trabalho de campo. A Maria de Lourdes de Almeida Lima, Heron Werner e Sérgio Simões, em particular, pela 'assessoria técnica' e pela paciência em responder às minhas infindáveis perguntas.

A Diana Lima, Thomas Lewinsohn e José Guaranys, pelas críticas e pela colaboração na fase final do trabalho com os originais.

A meus pais, Nicha e Dawid, e a meu filho Sérgio, simplesmente por tudo.

Finalmente, à Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pela bolsa que possibilitou a dedicação necessária à realização da pesquisa que resultou na tese, sintetizada neste livro.

NOTAS

---

[1] O uso de maiúscula em 'pessoa' vincula a presente pesquisa à Antropologia da Pessoa, iniciada por Marcel Mauss (1974) em 1938, que originou uma série de estudos ao longo do século XX. Destacam-se dentre eles o clássico de Fortes (1973), a revisão de La Fontaine (1985), Allen (1985), Beillevaire & Bensa (1984) e, mais recentemente, Dumit (1997, 2004). No Brasil, seguindo esse referencial teórico, essa produção inclui Duarte (1983, 1986), Duarte & Giumbelli (1995), Duarte & Venâncio (1995), Leal & Lewgoy (1995), Novaes & Salem (1995), Russo (1997), Salem (1997), Seeger (1980), Seeger, DaMatta & Viveiros de Castro (1979) e, mais recentemente, Bonet (2003) e Luna (2001, 2002a, 2002b, 2004).

[2] Aspas simples são de minha autoria, assim como as ênfases em *itálico* no corpo do texto. Utilizei aspas duplas quando o termo é de autor citado ou para falas dos atores do campo observado, estas em *itálico*.

[3] Optei pelos termos 'cliente' ou 'gestante', e não 'paciente', porque este último pressupõe uma situação medicalizada que é justamente parte da discussão desenvolvida.

[4] Alguns autores preferem o neologismo 'genderificada', para frisar a vinculação a questões de gênero (*gender*). Neologismo por neologismo, considerei que 'generificada' preenchia a finalidade semântica desejada.

1

Construções do Olhar e do Corpo

Paradigmas Culturais e Modelos de Visualidade

Como chegamos a ver o que 'vemos' na atualidade? Ou, melhor dizendo, em que consiste, exatamente, 'ver'?

A formulação de ambas as perguntas explicita em si o pressuposto adotado: o de que o ato do que chamamos 'ver' implica necessariamente a decodificação do estímulo recebido pela retina; em outros termos, para além do binômio luz-estímulo visual, outras questões entram em jogo. Ver não é apenas ter a retina estimulada pela radiação luminosa que atravessou as outras estruturas do globo ocular. O ato de ver inclui implicitamente a compreensão do que está sendo visto. Daí decorre a importância aqui atribuída ao papel desempenhado pela cultura do 'sujeito que vê' na configuração desse olhar.[1] Por 'configuração do olhar' entende-se a construção mesma do olhar, modelada pelos códigos que circulam dentro de determinada cultura, seja ela qual for.

Existem numerosos exemplos para ilustrar esse ponto de vista. De maneira breve, recorro como exemplo a um fato conhecido e um tanto anedótico. Trata-se da dificuldade enfrentada pelos colonizadores ingleses em determinada região africana em conseguir que os colonizados cumprissem suas determinações arquitetônicas na construção de casas. À parte o quase óbvio componente político de resistência, o fato era que os construtores ingleses não conseguiam de modo algum fazer com que os habitantes locais atribuíssem alguma importância ao ângulo reto na construção das casas dos colonizadores. Em uma região de savana, com árvores retorcidas e nenhum ângulo reto à vista, para os nativos, na construção de suas próprias moradias, se uma parede ou trave se encontrasse em qualquer ângulo que pudesse ser incluído no conceito 'em pé', a qualidade da construção era perfeitamente aceitável. A obrigatoriedade do uso do ângulo de 90º nas construções, determinada pelos colonizadores, era culturalmente inapreensível para os trabalhadores.

Um segundo exemplo é de outra ordem. Oliver Sacks (1995) descreve o caso clínico de um homem que, após passar por uma doença em tenra infância que o transforma em deficiente visual severo, em torno dos cinqüenta anos é submetido a uma cirurgia para extração de catarata e, ao menos operacionalmente, 'recupera' parte da visão. Configura-se uma situação de caos na vida do sujeito, que não consegue 'ver' o que 'vê' nem integrar os novos estímulos e percepções visuais aos já conhecidos, resultando em um desfecho trágico (Sacks, 1995).

O ponto em questão consiste em que o olhar é um sentido que é construído socialmente e que existe uma interação constante e constitutiva entre os corpos dos sujeitos e a cultura na qual esses sujeitos se desenvolvem. Acrescentando a este aspecto o fato de que as culturas se modificam ao longo do tempo, é também introduzido um fator temporal, histórico, na construção do olhar. Para que se compreenda, portanto, como chegamos a ver o que vemos na atualidade, é interessante entender como se dá tal processo tanto em termos culturais como históricos.

A análise desenvolvida pelo historiador da arte Jonathan Crary (1999a, 1999b) apresenta elementos valiosos para que se pense o problema da construção do olhar no Ocidente. Focalizando em especial a Europa nos últimos três séculos, ele traça de que modo o lugar e o papel da visão na cultura ocidental variaram historicamente. O entrelaçamento entre o estudo do olhar e o das tecnologias visuais aproxima sua análise do assunto a ser tratado empiricamente adiante e fornece linhas interessantes para examinar o material de campo. Pensar o tema do olhar por um enfoque biopolítico possibilita articulá-lo a diversas outras questões relativas à medicalização social, à construção cultural do corpo e das doenças.

Diante da importância que essa abordagem tem para este livro, cabe aqui explicar brevemente a que se refere o termo 'biopolítico'. Formulado por Michel Foucault, ele diz respeito aos diferentes modos de o poder se configurar e ser exercido ao longo da História. Em primeiro lugar, para este autor o poder não emana especificamente de um lugar ou instituição; ele se apresenta por meio de discursos e práticas que atravessam permanentemente os indivíduos e objetos. Até o início da formação dos Estados modernos, na Europa do século XVII, o poder se manifestava de modo punitivo, exemplar, e a riqueza de um Estado era medida por sua extensão territorial (Foucault, 1984, 1999).

A formação dos Estados modernos, conjugada à consolidação do capitalismo, engendra uma modificação no significado da riqueza dos Estados, que passa a ser mensurada em termos de sua produção. O conceito de 'população' emerge como uma ferramenta para uma ciência do Estado (Foucault, 1998b) e

como um modo de gerenciamento dessa nova forma de riqueza. Nesse mesmo processo modifica-se o modo de exercício do poder. Torna-se importante regular e disciplinar os corpos dos sujeitos visando ao máximo aproveitamento. Essas práticas são internalizadas por todos e tornam-se constitutivas de novos sujeitos e subjetividades. Esse modo de exercício de poder, disseminado e entranhado em todos os discursos, relações e práticas sociais, é designado por Foucault como poder disciplinar ou biopoder. O Estado passa se ocupar da saúde dos habitantes, e nessa mudança a medicina ocupa um *locus* fundamental, dentre outros dispositivos. A medicalização social, que significa a tradução, em termos médicos, das diferentes etapas da vida, tem um papel destacado na produção de verdades e normas sobre as práticas dos sujeitos. A construção social dos corpos e o entendimento sobre as doenças também são necessariamente modificados (Foucault, 1984, 1999). Nessa formulação de Foucault, é importante frisar que todo o processo é dinâmico e não significa algo imposto de cima para baixo, mas sim torna-se fundante de indivíduos e de subjetividades.

Analisando o tema do olhar por um prisma biopolítico, Crary (1999a, 1999b) contraria frontalmente os autores que sustentam que a fotografia teria modificado significativamente o olhar do observador no século XIX. Um de seus argumentos centrais é que essa técnica surgiu em um momento no qual o olhar do observador já fora radicalmente alterado. De acordo com ele, a mudança fundamental teria ocorrido nas duas primeiras décadas do século XIX, antes, portanto, do surgimento da fotografia, sendo *esta* transformação o foco principal de seu estudo. A inovação desta abordagem consiste em focalizar a mudança ocorrida no observador – tanto na posição ocupada por este quanto na constituição de seu olhar – em contraposição aos estudos de história da arte tradicionais, em geral construídos em torno das obras dos artistas em termos estruturais e de conteúdo. A modificação da posição do observador está vinculada a uma transformação profunda que implica uma ruptura do ponto de vista epistemológico, envolvendo a ampliação e a consolidação do poder disciplinar.

A articulação entre a visualidade e o paradigma cultural no qual esta se inscreve permite que se compreenda a construção do olhar contemporâneo conjugada à emergência de novos padrões culturais e de novas tecnologias visuais – médicas e não-médicas. Para Crary (1999a, 1999b), dois objetos óticos, inventados em diferentes épocas, foram metafóricos de modelos filosóficos e culturais distintos que moldaram não apenas o olhar do observador mas também a maneira como a visão foi compreendida em cada contexto. São eles a *camera obscura* e o estereoscópio. O primeiro seria paradigmático da concepção da visão racionalista cartesiana, abstrata e destacada do objeto em si. O estereoscópio seria icônico da visão subjetiva que emerge no século XIX, com Goethe.

De acordo com René Descartes, que inaugura a noção de ‘razão’ como modo de se compreender o mundo, a *camera obscura* era a demonstração cabal de que este podia ser conhecido por um observador unicamente pela percepção mental. O posicionamento do observador isolado dentro de si mesmo era uma precondição necessária para se atingir o conhecimento do mundo externo, claramente diferenciado do interno. Se o saber só podia ser atingido escapando do domínio das sensações, a *camera obscura* era compatível com a possibilidade de uma visão puramente objetiva do mundo. A penetração ordenada e calculável de raios luminosos pela abertura da *camera* correspondia “à inundação da mente pela luz da razão, diferentemente do perigoso ofuscamento dos sentidos provocado pela luz [plena] do sol” (Crary, 1999b: 43).[2] Para John Locke, na mesma época, a *camera* era uma forma de visualizar espacialmente a posição de um observador do mundo: o dispositivo como um cômodo onde estaria instalado um juiz ou autoridade – a razão – que julgaria a verdade, destacada assim do mundo exterior (Crary, 1999a). A *camera obscura*, com seu olho monocular, distanciada do mundo e produtora de imagens deste, transformava-se em metáfora mais que perfeita do pensamento cartesiano. Vazia de conteúdo e potencialmente produtora de verdades, funcionava como modelo da própria racionalidade como processo.

O observador, isolado dentro da *camera obscura* – afastado e de certo modo liberto do mundo, do qual via apenas uma imagem estável, fixa e invertida –, poderia ser entendido como a imagem ‘encorporada’ (*embodied*) daquele que buscava o conhecimento da verdade, destacado das imagens enganosas e das paixões do mundo real. A inversão da imagem do exterior, obtida no interior da *camera*, metaforizava a ruptura com os hábitos estabelecidos do pensamento tradicional. A questão da ‘objetividade’ da representação emerge nesse período como uma meta a ser alcançada, dentro do mesmo processo de produção de um tipo de saber que viria a constituir o campo chamado Ciência. O mundo é objetificado, assim como o corpo humano, por meio de uma explicação mecânica; a matéria, para ser totalmente compreendida, precisa ser tornada um mero mecanismo, desencantado. Esta concepção rompe com a ontologia tradicional e se choca com a experiência comum, incorporada. É importante sublinhar que se trata aqui de uma via de mão dupla: os processos sociais e culturais que produziram o desencantamento do mundo são os mesmos que engendram as condições que consolidam um determinado conjunto de práticas como ‘ciência’, a qual necessita desse desencantamento para ser exercida.

O observador do século XVIII encontrava-se diante de um espaço unificado de ordem, não modificável por seu aparato sensorial ou fisiológico. Nesse mundo ordenado, os conteúdos da realidade externa podiam ser estudados, comparados e conhecidos em termos de múltiplas relações. A questão principal

a se levar em conta é que o conhecimento nos séculos XVII e XVIII não estava organizado exclusivamente em torno da visualidade. Apesar de a força paradigmática da *camera obscura* privilegiar a visão em relação aos outros sentidos, ela por seu turno estava – *a priori* – a serviço da razão: uma faculdade não-sensorial de compreensão capaz de, sozinha, apresentar uma concepção verdadeira do mundo. A certeza do conhecimento dependia da relação entre um aparelho sensorial uno e um espaço ordenado delimitado, cujas posições podiam ser conhecidas e comparadas – e não dependia apenas da visão. Os sentidos eram concebidos menos como órgãos fisiológicos do que como auxiliares de uma mente racional – inclusive para os ditos materialistas, como Diderot. Para este filósofo, em uma pessoa capaz de ver, os sentidos eram desiguais, mas por meio de 'assistência recíproca' poderiam fornecer conhecimento sobre o mundo. Esse discurso sobre os sentidos e as sensações ainda se encontra no mesmo terreno epistemológico da *camera obscura* e do afastamento da evidência subjetiva imediata do corpo (Crary, 1999b).

Esse entendimento sobre a visão seria radicalmente alterado no início do século XIX, quando Johann Wolfgang von Goethe publica, em 1810, a *Doutrina das Cores* [*Farbenlehre*]. Em um dos parágrafos iniciais, propõe ao leitor a seguinte experiência:

> Num quarto o mais escuro possível, deixe que o sol brilhe, por uma fresta de três polegadas de diâmetro na janela, sobre um papel branco e olhe de certa distância fixamente para o círculo iluminado. Quando se fecha a abertura e se olha para a parte mais escura do quarto, vê-se diante de nós uma imagem circular. O meio do círculo parecerá claro, incolor, tendendo moderadamente ao amarelo; a borda, entretanto, logo parecerá púrpura. (...) A imagem míngua pouco a pouco, tornando-se mais fraca e menor. Vemos aqui (...) como a retina, mediante oscilações sucessivas, gradualmente se recupera da forte impressão de algo externo. (Goethe, 1993: 59)

O início da experiência ótica, como tantas outras da época, passa-se em uma *camera obscura*, que a princípio parece estabelecer limites claros entre o exterior e o interior. Contudo, a proposta de Goethe de fechar o furo abandona subitamente a organização constituída pela *camera*, desorganizando-a e negando-a, tanto como sistema ótico quanto como figura epistemológica: o fechamento da abertura desarticula a separação dentro/fora, na qual se baseia o funcionamento da *camera* (Crary, 1999b). Um fenômeno visual pode ser produzido no e pelo indivíduo, sendo o corpo o local privilegiado da ocorrência do fenômeno. Existe uma dimensão crucial nessa mudança: a inserção da corporalidade humana no discurso e nas práticas da visão. Uma nova centralidade é atribuída ao corpo em tal situação. Em contraste com a teoria anterior, que

dependia da exclusão da corporeidade para a sua elaboração, no novo modelo de visão subjetiva o organismo é introduzido juntamente com a fisiologia que possibilita o fenômeno visual (Crary, 1999a). Da transparência do feixe de luz que penetrava na *camera* passa-se à opacidade e densidade do corpo humano, a experiência visual dissociada do estímulo externo.

Goethe foi o primeiro de uma longa série de pesquisadores que se ocuparam do fenômeno designado por 'pós-imagens'. Os estudos evidenciaram o papel produtivo do corpo na sensação visual. A posição do observador muda radicalmente: sua subjetividade corporal, excluída na conceituação da *camera obscura*, torna-se o lugar por excelência da observação. As pós-imagens eram conhecidas desde a Antigüidade, mas sempre foram consideradas como ilusões, sendo conseqüentemente colocadas à margem dos estudos de ótica. A multiplicidade de pesquisas sobre elas, na Europa dos anos 1820 e 1830, denota uma inversão de sinal: da negatividade da ilusão passa-se à positividade do estudo fisiológico dessas sensações. Tal produção coletiva definiu a visão como um amálgama irredutível de processos fisiológicos e estimulação externa, dissolvendo assim o conceito de oposição dentro/fora metaforizado pela *camera*. A autonomia e a produtividade designadas ao observador transformam-no em tema de novos tipos de conhecimento e de técnicas de poder. O observador observado emerge em um campo diferente do saber no século XIX: a fisiologia. O corpo surge como um novo território a ser conhecido e mapeado (Crary, 1999a), em bases diversas das que existiam anteriormente, calcadas no paradigma anatômico do qual Vesálio era icônico. O paradigma anatômico não desaparece, mas institui-se outra concepção do corpo como fonte de conhecimento que, em tensão com o modelo que o antecedeu, torna-se constitutiva de um novo tipo de compreensão do lugar do corpo na cultura vigente.[3] Sobre o surgimento do paradigma anatômico, ver Sawday (1996).

Para Goethe e, pouco depois, também para Schopenhauer, a visão passava a ser concebida como um complexo irredutível de elementos pertencentes ao corpo do observador e dados do mundo externo: a subjetivação radical corresponde a uma biologização igualmente radical ou, em outros termos, a uma biologização das sensações e da percepção do mundo. O destacamento e a preponderância da visão sobre os demais sentidos tornaram-se gradualmente hegemônicos ao longo do século XIX e principalmente adiante, no decorrer do século XX. Diversos fatores contribuíram para esse processo, conforme indica Norbert Elias. A contenção da ação, que se instaura como norma ao longo do processo civilizador, transforma o prazer da ação e do tocar o que se ama ou odeia em um prazer de ver. Assim, "o olho (...) se torna um mediador do prazer precisamente porque a satisfação direta do desejo (...) foi circunscrita por um grande número de barreiras e proibições" (Elias, 1994: 200).

Instaura-se um novo modelo de visão calcado na opacidade corporal do observador. Ao longo do século XIX, os binômios arte-ciência e subjetividade/sensibilidade-exploração científica passam a ser complementares. Há nesse período numerosas pesquisas buscando compreender cientificamente a natureza das sensações, destacando-se entre elas a visão, evidenciando uma tensão constitutiva do saber ocidental entre a busca do universalismo científico e o subjetivismo romântico (Duarte, 1995). Essa tensão apresenta-se de modo crucial nos atlas do século XIX, no tocante ao problema da representação pictórica de fatos/objetos naturais (Daston & Galison, 1992).

A visão subjetiva, que construiu o observador com autonomia perceptiva e que funde o subjetivo com o biológico, é parte integrante de um mesmo processo de transformação do sujeito em objeto de novos conhecimentos e de novas tecnologias de poder. A recente ciência da fisiologia desempenha um papel central nessa articulação, tornando-se o lugar de novas reflexões epistemológicas dependentes, por seu turno e dentre outros aspectos, dos conhecimentos acerca do olho e da visão. De acordo com Michel Foucault, a fisiologia é uma das ciências que marcam uma ruptura na *episteme* entre os séculos XVIII e XIX. Nessa ruptura, o ser humano surge como um ser cuja transcendência passa a ser mapeada no empírico (Foucault, 1981).

Na Europa, a primeira metade do século XIX foi palco de diversas explorações acerca do corpo. Há numerosos trabalhos sobre o cérebro e suas funções, diversas tentativas de localização e mapeamento de atividades cerebrais correlacionadas às atividades corporais. A ótica clássica, voltada para o estudo da parte transparente do sistema ótico, cedeu lugar à cartografia do olho em suas partes opacas, assim como ao estabelecimento de parâmetros de normalidade e patologia da visão. Esta é separada e especializada, distanciando-se cada vez mais do modelo clássico. Um mundo real 'novo' é construído sobre a ausência de referenciais fixos: a natureza empírica daquele que percebe torna as identidades instáveis e móveis.

Ocorre uma reorganização da percepção e de seus objetos, intrinsecamente ligada à noção de não-confiabilidade dos sentidos. Na medida em que é demonstrada a falibilidade e a suscetibilidade do aparelho fisiológico, torna-se também evidente o quanto as sensações são manipuláveis. As investigações do fisiologista alemão Johannes Müller demonstraram que os nervos dos cinco sentidos eram fisiologicamente distintos entre si, e que causas uniformes – estímulos elétricos, por exemplo – geravam sensações diferenciadas, dependendo do tipo de nervo estimulado. Portanto, nesse período, as sensações foram dramaticamente expandidas e transformadas, adquirindo um significado substancialmente diverso do sentido que tinham para o século XVIII (Crary, 1999b).

No final do século XIX, os centros urbanos e industriais tornaram-se intensamente saturados de estímulos sensoriais capazes de produzir acentuada dispersão. Diante da crescente automação da indústria, a desatenção passou a ser perigosa e problemática. Esse processo demandava e impulsionava a construção de um tipo diferente de atenção visual; a visão precisava ser compatibilizada com outros processos de modernização que criavam incessantemente novas necessidades, uma nova produção e um novo consumo (Crary, 2001).

Nesse contexto, surgem diversos artefatos óticos inicialmente desenvolvidos para estudo por pesquisadores, que rapidamente se transformaram em objetos de consumo popular. Um dos primeiros dispositivos óticos inventados foi o *thaumatrope*, popularizado em Londres, em 1825, pelo dr. John Paris. Consistia em um pequeno disco circular, com um desenho em cada face e uma tira de cada lado, o que permitia que se girasse o disco com um movimento de mão. Os desenhos eram complementares (por exemplo: de um lado um pássaro e do outro uma gaiola). Girando o disco surgia a imagem do pássaro dentro da gaiola. O fenômeno de uma moeda girando, permitindo a visualização simultânea dos dois lados, era conhecido nos séculos anteriores. Entretanto, esta era a primeira vez que era dada uma explicação científica ao fato, sendo a seguir produzido um artefato para entretenimento popular.

O *phenakistiscope* foi construído em torno de 1830, por Joseph Plateau. Consistia em um disco, dividido em oito ou dezesseis segmentos iguais, cada um contendo uma pequena fenda e uma figura em posições seqüenciadas de um movimento. A face com figuras era virada para o espelho e o observador ficava imóvel diante do espelho, com o dispositivo diante de um dos olhos. A seguir girava-se o disco. Quando cada fenda passava diante do olho, via-se uma das figuras. Em virtude da persistência retiniana, a imagem parecia executar o movimento. O zootrópio, inventado em 1834 por William G. Horner, tinha uma estrutura semelhante. O estroboscópio, usado até nossos dias, foi inventado em 1834 por Stampfer, um matemático alemão. O diorama ganhou sua forma definitiva nas mãos de Louis J. M. Daguerre, em torno de 1820. A audiência ficava sentada em uma plataforma circular que girava lentamente, permitindo que os espectadores vissem cenas diferentes e efeitos luminosos cambiantes (Crary, 1999b).

Essas formas de entretenimento popular contribuíam de maneira marcante para a construção de um tipo específico de atenção e treinamento visual, assim como para a consolidação da atividade visual e das imagens como elementos geradores de prazer. Ao mesmo tempo que os aparelhos tornaram-se objetos de consumo para as camadas médias urbanas em expansão, eles pertenciam ao conjunto de técnicas que faziam parte de estudos sobre a visão subjetiva.

A modernização do observador implicou a adaptação do olho a formas racionalizadas de movimento, e essa mudança só foi possível a partir de uma abstração crescente da experiência ótica e da quebra de referenciais estáveis, havendo um afastamento radical do sistema representacional da *camera obscura*. A transformação dos dispositivos óticos científicos em objetos de consumo e lazer evidencia o papel desempenhado por esses aparelhos na construção e na disciplina de um novo olhar. O aspecto de diversão contribuía para a produção de uma demanda ativa do consumo dos brinquedos visuais, e com isso educava-se e readaptava-se o olhar do homem comum, transformando-o em 'observador'.

Até o século XIX, a binocularidade da visão humana – cada olho capta uma imagem ligeiramente diferente – era conhecida mas não levada em conta como uma questão a ser estudada. O estereoscópio foi inventado por sir David Brewster e Charles Wheatstone em cerca de 1840, tomando esse fenômeno como base. Em comum com os outros dispositivos óticos havia o fato de que a imagem se fundia dentro do observador, fazendo parte, portanto, da mesma estrutura conceitual. A diferença entre o estereoscópio e os outros aparelhos consistia em que a ilusão produzida por ele era a da tridimensionalidade, enquanto a dos outros artefatos era a do movimento bidimensional. O efeito desejado no estereoscópio era o de tangibilidade aparente dos objetos, transformada em uma experiência exclusivamente visual. Dessa maneira, radicalizava-se o destacamento entre a visão e os outros quatro sentidos: nesse dispositivo o tato não podia ser acionado para conferir ou assessorar a percepção visual, em uma "assistência recíproca" (Crary, 1999b: 124).

O ponto relevante para a construção da cultura visual moderna consistiu na fragmentação visual, da qual o estereoscópio foi o objeto paradigmático, pois rompia com o conceito de espaço contínuo da perspectiva – um dos pilares da construção dos códigos visuais da cultura ocidental desde o Renascimento. Essa ruptura ocorria dentro de um novo paradigma, em tensão com a visão cartesiana de espaço.[4] A rigor, o novo paradigma não substituiu o anterior, constituindo-se sobretudo como um modo alternativo de se construir e compreender o espaço.

A descontinuidade entre grupos e planos surge no trabalho de diversos pintores da época, evidenciando o quanto as características do estereoscópio impregnaram a cultura visual do período. Conforme assinala Crary,

> (...) tanto o 'realismo' do estereoscópio quanto os 'experimentos' de certos pintores estavam igualmente comprometidos com uma transformação muito mais ampla do observador, que permitiu a emergência deste novo espaço construído opticamente. O estereoscópio e Cézanne têm muito mais em comum do que geralmente se pensa. (Crary, 1999b: 126)

A desconstrução do espaço da perspectiva estabelece, assim, as bases para a fragmentação visual que vai se cristalizar na cultura visual modernista, em especial no cubismo, no alvorecer do século XX. A visualidade do século XIX tornou-se, assim, radicalmente diversa daquela dos séculos XVII e XVIII. Ela pertence a um paradigma no qual o corpo – em conjunto com a experiência incorporada do sujeito – passou a ocupar uma posição de centralidade, em uma nova *episteme*. As imagens são produzidas *no* e *pelo* indivíduo e seu caráter está intrinsecamente imbuído de uma opacidade inexistente nos séculos XVII e XVIII, quando o visual e o transparente eram equivalentes. O modelo da *camera obscura*, saturado da noção de objetividade abstrata e espiritual, não é mais suficiente para dar conta desse novo tipo de visualidade, densa, concreta e temporal – porque corporal.

Os novos artefatos visuais produzidos no século XIX, com base em conhecimentos e experimentos científicos, passam a ocupar o lugar de produtores de novos saberes e a atender à necessidade do consumo de um mercado crescentemente ávido de lazer e fantasia. Paradoxalmente, os mesmos dispositivos óticos que produzem verdades científicas são também os produtores de ilusão – e o público consumidor exige deles esta qualidade explícita. No decorrer do século XIX, com o avanço dos processos de automação industrial, a codificação, a quantificação e a otimização dos movimentos corporais – em especial dos trabalhadores nas fábricas – adquiriram uma importância sem precedentes, estimulando a produção de diversos estudos científicos sobre os movimentos corporais de seres humanos e animais. Gradualmente se estabelece uma configuração cultural na qual a visualidade desempenha um papel central. Evidencia-se o quanto o processo de disciplinarização crescente alimenta as pesquisas em tecnologias de imagem que, ao serem transformadas em entretenimento, passam a ter um papel relevante na construção de uma cultura que se torna cada vez mais 'visual' e 'pervasiva', ancorada em imagens técnicas de toda ordem.[5] Portanto, nos dias atuais, tecnologia, imagem técnica e cultura visual encontram-se articuladas de modo inextricável, posto que são elementos de um mesmo processo (Chazan, 2003).

Normatização, Visualidade e Consumo

Na atualidade, vivemos cercados por imagens técnicas de toda ordem. Desde o final do século XIX, a visualidade passou a ocupar um lugar de destaque na relação do sujeito com o mundo, seja como uma forma de sociabilidade articulada com o crescente afastamento dos corpos no decorrer do processo

civilizador (Elias, 1994), seja como uma forma socialmente aceita de prazer, com a indústria de entretenimento. No processo de valorização das práticas visuais, as tecnologias de produção de imagem ocupam um *locus* essencial, por possibilitarem uma ampliação da circulação de imagens, potencializada com o surgimento da fotografia.

Em uma via de mão dupla, a tecnologia produz formas mais eficazes de fabricar e divulgar imagens, e novos paradigmas emergem realimentando a cultura produtora de tais tecnologias. Como exemplo, o desafio às noções de 'original' e 'cópia', tão caras à tradição artística ocidental. A digitalização da imagem, isto é, sua transformação em um conjunto discreto de pontos, implica a possibilidade imediata de recomposição, manipulação e repetição. As imagens digitais contêm, por princípio, o significado de que podem ser instantaneamente replicadas e infinitamente repetidas – e não 'copiadas', como ocorre nos processos analógicos.[6]

A sociedade contemporânea, atrelada ao consumo contínuo de mercadorias, depende, para a sua manutenção, da constante produção e do consumo de bens. As imagens são centrais para a 'cultura de consumo', e a publicidade visual difunde e populariza cotidianamente o que 'deve' ser desejado, como a vida 'deveria ser' e quais pessoas 'devem' ser invejadas. A ênfase aqui é na difusão e popularização desses padrões pois, a rigor, em todas as sociedades sempre existiram modelos do que era considerado o 'ótimo' para os sujeitos ou grupos sociais, tanto em termos da posse de bens quanto de beleza.

Dois dos elementos-chave da publicidade são o estabelecimento de um padrão 'ótimo' de beleza e de satisfação e a idéia de que o consumidor poderá se 'transformar' nesse indivíduo 'padrão' de beleza, de bem-estar ou de sucesso, adquirindo e utilizando os produtos veiculados pela publicidade, que freqüentemente "fala na linguagem do futuro" (Sturken & Cartwright, 2001: 189). Nesse *constructo* encontra-se implícita a valorização cultural da categoria 'futuro', por meio da elaboração e da apresentação de imagens ideais na publicidade, que supostamente poderão vir a ser alcançadas pelo observador. A idéia de um constante aprimoramento de si, via consumo, está presente de modo insistente.[7] Consumir consolida-se como um elemento constitutivo na construção de novas identidades nas sociedades urbanas contemporâneas (Canclini, 2005). Dessa maneira, por meio de um processo bastante complexo, é estabelecido o 'futuro' como uma promessa e um valor nas sociedades de consumo.

O ponto relevante para a discussão sobre a utilização e a expansão das tecnologias de imageamento consiste exatamente nessa construção de 'futuro' como um valor com caráter moral: 'ser atrasado' transformou-se em anátema

nas sociedades industrializadas contemporâneas. Torna-se assim possível compreender por que e como a imagem técnica em geral passou a ser tão valorizada: entre outros aspectos, ela se encontra intrinsecamente impregnada de um sentido vanguardista de 'futuro', tão caro à cultura de consumo vigente.

A valorização do 'moderno' colore de modo marcante as práticas na biomedicina e, em conjunto com a ênfase atribuída à visualidade na sociedade contemporânea, as diversas tecnologias de imagem médica passaram a ocupar um lugar privilegiado na construção de noções médicas e leigas acerca do corpo. Corpos 'modernos' tornam-se supostamente conhecidos e passam a ser configurados por uma tecnologia igualmente 'moderna'. Esse moderno corpo é um corpo valorizado, foco e também fonte do prazer de olhar. A tecnologia de imagem médica encontra-se profundamente impregnada dos significados de 'futuro', 'progresso' e 'conhecimento'. A ultra-sonografia obstétrica sintetiza de modo paradigmático essas noções, um aspecto determinante para a construção de seu significado cultural, tanto no meio leigo como no médico.

O prazer de olhar e o seu correspondente – o de ser visto – são constantemente alimentados por novas tecnologias visuais. Todos olham para todos e, expandindo-se esse olhar, devassa-se também o interior dos corpos. Pensando na metáfora do panóptico de Jeremy Bentham, utilizada por Foucault (1998d, 1999), como um olho cuja vigilância – por sua invisibilidade – é constante, cabe a consideração de que as tecnologias visuais, médicas e não-médicas, passaram a constituir na atualidade um dos importantes dispositivos do biopoder para o gerenciamento da vida. A difusão e o constante desenvolvimento de tecnologias visuais de toda ordem permitem-nos pensar que o panóptico teria se expandido em todas as direções, perscrutando simultaneamente todos os corpos, interna e externamente, como se o próprio panóptico tivesse passado por uma replicação 'digital', infinita e simultânea.

No mesmo movimento em que é construído esse novo tipo de corpo e de Pessoa, tão devassáveis pelo olhar, reforça-se o biopoder. Nesse processo, não apenas a vigilância constante é essencial – um panopticismo disseminado, por assim dizer –, mas também a visualidade e a veiculação crescente de imagens passam a exercer um papel constitutivo e normativo marcante, em especial com o apoio da publicidade, por meio da construção e, principalmente, da difusão de padrões de beleza e adequação na sociedade de consumo. No mesmo movimento e, portanto, de modo análogo, as tecnologias de imagem médica atuam em duplo sentido: tanto produzem normas e padrões de saúde baseados na visualização dos órgãos internos quanto se reafirmam elas próprias como as principais produtoras de 'verdades', médicas e leigas, sobre o interior do corpo. Assim, estabelece-se uma dupla via de consumo: o de saúde e o de imagens do

interior do corpo que supostamente contêm a 'verdade' sobre este, um aspecto pregnante no campo da ultra-sonografia obstétrica. Em tal contexto, constitui-se uma ligação estreita entre imagem técnica e construção social dos corpos, que são reconfigurados e passam a ser constituídos também por suas imagens, tanto externas como internas, produzidas tecnologicamente.

Na obstetrícia, no decorrer do século XX, os corpos fetais gradualmente tornaram-se foco de escrutínio e atenção médica e social, em parte como resultante da medicalização da gravidez e do parto vinculada à consolidação da obstetrícia como profissão. A partir do final da década de 1950, o ultra-som fetal passou a desempenhar um papel relevante nessa ampliação de monitoramento e vigilância, operando em uma via de mão dupla: sua produção decorre das condições culturais e sócio-históricas nas quais a medicina está inserida, ao mesmo tempo que a visualização propiciada pela tecnologia produz novos significados, que passam a informar a cultura médica e a leiga. Cabe sublinhar ainda que essa realimentação está inscrita em uma demanda de produção de imagens estreitamente vinculada à construção cultural do prazer de ver o interior do corpo.

Tanto a construção do olhar quanto o processo de medicalização dos corpos em geral, e da gravidez e do parto em particular, assim como a constituição da obstetrícia como profissão, fazem parte do processo biopolítico que desemboca no momento atual e no qual vigoram a vigilância e o monitoramento como dispositivos do poder disciplinar. É importante frisar que não se trata de uma imposição de determinados grupos sobre outros, como poderia parecer à primeira vista, e sim de um conjunto de valores compartilhados culturalmente, dentro de um processo no qual se criam novas identidades e subjetividades. Nesse modelo, a visualidade desempenha um papel preponderante e a ultra-sonografia fetal torna-se o ponto de articulação de diversos aspectos.

A Obstetrícia como Profissão e a Medicalização da Gravidez

Nos dias atuais, nas sociedades urbanas industrializadas, tornou-se impensável uma gestação transcorrer sem algum tipo de assistência médica e de acompanhamento tecnológico por meio da imagem. Contudo, nem sempre as coisas se passaram dessa maneira, e compreender o modo como a gravidez e o parto gradualmente deixaram de ser um assunto feminino privado e foram transformados em temas médicos é esclarecedor de diversos aspectos que modelaram o entendimento social contemporâneo acerca desses eventos.

O sociólogo William Ray Arney (1982) estabelece uma articulação muito interessante entre a constituição da obstetrícia como profissão médica, o processo de medicalização de tais fenômenos e a construção social do corpo feminino grávido. Ao traçar uma história da obstetrícia, elucida alguns processos que contribuíram para que a ultra-sonografia obstétrica ocupasse um lugar de destaque entre as tecnologias de acompanhamento pré-natal. De acordo esse autor, há uma descontinuidade no desenvolvimento social da obstetrícia após a Segunda Guerra Mundial, destacando-se dois momentos cruciais na transformação da profissão: o primeiro, quando os homens ingressam nesse campo, ocupando o lugar das parteiras; o segundo, logo depois da Segunda Guerra Mundial, com a transformação qualitativa do modo de controle social sobre a mulher, a gravidez e o parto (Arney, 1982).

Para Arney, a prática obstétrica acompanha os paradigmas culturais vigentes que delimitam e configuram o entendimento do parto – centro do projeto obstétrico. A construção da obstetrícia como profissão é periodizada por ele em três grandes divisões. O primeiro período, denominado pelo autor de "pré-profissional", vai até o final do século XIX. O segundo período, o "profissional", refere-se ao intervalo entre 1890 e 1945. O terceiro, o "período de monitoramento", estende-se de 1945 aos dias atuais. Trata-se aqui de um quadro esquemático, e a rigor as metáforas relativas aos grandes paradigmas culturais, sociais e históricos superpõem-se e coexistem. Em linhas gerais, delineiam-se certas tendências hegemônicas nos períodos, as quais servem como base para situar um processo em movimento visando compreender sua dinâmica interna e seus desdobramentos (Arney, 1982: 8).

No período pré-profissional, a metáfora e a lógica em vigor estavam calcadas em uma ordem aristotélica: o nascimento era percebido como um mistério, a classificação da gravidez era dicotômica (normal/anormal) e havia uma divisão nítida de tarefas entre as parteiras – que se ocupavam dos partos normais – e os cirurgiões-barbeiros – nos anormais. As parteiras acompanhavam e cuidavam do parto, controlando seu tempo de duração e solicitando a intervenção dos cirurgiões nos casos 'difíceis' – aqueles que extrapolassem determinados limites. A organização profissional das parteiras ocorria de modo localizado e ninguém estava no controle do parto, percebido como um fenômeno basicamente desgovernado. A tecnologia disponível consistia em alívio moderado nos partos normais e em intervenções destrutivas em partos anormais, em que os cirurgiões-barbeiros geralmente retalhavam o feto para salvar a mãe. O período pré-profissional termina no final do século XIX, quando a medicina elimina seus maiores competidores – as parteiras – e adquire o monopólio da parturição (Arney, 1982).

O período seguinte estende-se até meados do século XX, embora desde cerca de 1910 tenha havido pressões esparsas contra a prática corrente obstétrica e, em especial, contra a autonomia da medicina no controle dos partos. O período profissional está calcado em um paradigma corpo-máquina, de base científico-racionalista. A gravidez é concebida como um fenômeno potencialmente patológico e a dicotomia normal/anormal é ainda aplicável, mas com limites esmaecidos. Essa patologização tanto da gravidez como do parto encontra-se estreitamente ligada à consolidação da obstetrícia como campo profissional dentro da medicina. *Grosso modo*, os limites e a duração do parto passam a ser controlados pelo especialista em obstetrícia, embora havendo algumas diferenças locais específicas: na Inglaterra, as parteiras atendem aos partos normais, e os médicos intervêm nos anormais; nos Estados Unidos, há debates acirrados sobre a divisão apropriada desse trabalho, sendo que os médicos 'destituem' as parteiras de todos os partos, tanto os normais como os complicados. O paradigma que se estabelece nesse período é o de que o médico obstetra domina o processo, dirigindo a gravidez, e a gestante é percebida de modo fragmentado, como 'veículo' de material obstétrico. Estabelece-se uma produção centralizada de conhecimentos, em que os especialistas controlam os partos e a tecnologia disponível consiste em técnicas basicamente intervencionistas, tais como fórceps, anestesia e cirurgias cesarianas (Arney, 1982). Existe, em especial a partir dos anos 1930, uma preocupação declarada com a saúde do feto e com as condições do bebê no nascimento, justaposta aos cuidados com a parturiente (Chazan, 2005).

Segundo Arney, perto do fim da Segunda Guerra, a metáfora 'corpo-máquina' na medicina muda para 'corpo como sistema', passando a vigorar a metáfora ecológica, totalizante, calcada na teoria dos sistemas. Consolida-se a noção do corpo concebido como um sistema de comunicação aberto, composto de diversos outros interligados (neuro-hormonal, social, econômico) em diferentes níveis. Nesse novo paradigma, a gravidez é percebida como um processo e é construída a noção do parto bidimensional, composto por uma dimensão fisiológica e outra psicológica. A obstetrícia estrutura-se como equipes 'onipresentes', bem integradas e hierarquizadas de modo contínuo, estando aí incluídos a gestante e sua família. Há como que um sistema de colegiado, no qual a gestante é 'responsável' pelos aspectos psicológicos do parto e o profissional responde pelos aspectos fisiológicos. Instaura-se um sistema flexível de alternativas obstétricas e, no tocante ao controle da parturição, ninguém ocupa uma posição clara (Chazan, 2005). Mais do que um evento para ser assistido e dominado, o parto é algo a ser manejado e controlado, de modo a otimizar a experiência; a organização social da obstetrícia expande-se, abrangendo grandes

áreas. Há uma estrutura geral de monitoramento e vigilância sempre presentes, englobando a gravidez, o parto e o pós-parto em um contínuo (Arney, 1982).

A tecnologia disponível passa a incluir diversos dispositivos laboratoriais e visuais que visam a um acompanhamento e um escrutínio minuciosos da gravidez e do parto. A tecnologia da parturição muda de 'ganhar o controle sobre o parto' para 'monitoramento e vigilância'. Há um movimento social em prol da 'humanização' do parto, com diversos desdobramentos refletidos na obstetrícia. Essa 'humanização', por um lado, implica maior flexibilidade na abordagem obstétrica da gestação e do parto, e por outro arrola um maior número de profissionais de diferentes especialidades, como psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas e outros para o manejo desses eventos (Chazan, 2005). Dessa maneira, formam-se redes de monitoramento do poder, nas quais todos são capturados por meio do conhecimento, da subjetivação da gravidez e do parto e da participação ativa nesses eventos. Ocorre como que uma apropriação coletiva, um movimento no sentido de 'tornar-se dono' de um conhecimento anteriormente restrito aos profissionais. A tecnologia de ultra-som, permitindo o monitoramento visual estreito da gestação e ampliando a rede de atores que passam a participar da gravidez, torna-se como que o epítome desse novo modelo da medicina obstétrica.

Algumas Questões Relacionadas ao Uso de Tecnologia na Gravidez

Até a década de 1940, só se sabia efetivamente que um feto fora concebido quando a mulher sentia os seus primeiros movimentos. Nessa época, surgem os primeiros testes laboratoriais para a confirmação da gravidez, realizados com a urina da mulher a partir de, no mínimo, trinta dias de atraso menstrual. Essa mediação da tecnologia transformava a suspeita de gravidez em um razoável grau de probabilidade positiva e, ao mesmo tempo, reforçava a idéia de detecção da gravidez como uma questão 'diagnóstica'. Mesmo assim, a certeza propriamente dita da existência do feto no útero continuava a se dar apenas cerca de quatro meses depois, quando a gestante percebia o feto se movendo. Na década de 70, surgiu a dosagem de β-HCG no sangue da mulher, que detectava a gravidez mesmo sem haver atraso menstrual.[8] Desde que passaram a existir os testes laboratoriais de confirmação da gravidez, houve um deslocamento da posição ocupada pela gestante no tocante ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca de seu estado. Esses exames produzem uma relativa substituição da percepção e da subjetividade da grávida em favor de um

dispositivo tecnológico e laboratorial. Além disso, vale sublinhar que a noção de 'diagnosticar' uma gravidez de um ponto de vista semântico alinha o evento em uma categoria patológica.

Na década de 1950, o obstetra escocês Ian Donald aplicou o princípio do *sonar* ao corpo para obter imagens, preocupando-se de início em mostrar que diferentes classes de tumores abdominais produziam ecos diferenciados.[9] Em 1957, usou pela primeira vez o ultra-som para diagnosticar desordens fetais e, mais adiante, para detectar a gravidez em si De acordo com Roy Porter, a princípio o ultra-som foi recebido com suspeita, em especial com relação ao seu uso durante a gestação. Este recurso tecnológico abriu um novo campo a ser explorado – o da observação 'ao vivo' de um ser em desenvolvimento (Porter, 1997). A nova técnica permitia tornar visível um fato que até então só podia ser apreendido fosse por meio das sensações da mulher, fosse – a partir dos anos 1940 – via uma técnica laboratorial. No contexto de uma visualidade pervasiva, que vinha se constituindo desde fins do século XIX, e da consolidação da tecnologia de imagem médica como um meio confiável de produção de verdades, a ultra-sonografia obstétrica pode ser considerada como um divisor de águas, no tocante à construção social da gestação e do corpo feminino grávido.

Atualmente o monitoramento minucioso de uma gestação inclui, além de numerosos exames de ultra-som – de tipos variados –, diversas análises da bioquímica sangüínea materna e exames invasivos (por exemplo, amniocentese e biópsia de vilo corial).[10] As análises do sangue materno não representam perigo algum para a gravidez e são indicativas de riscos de existência de anomalias cromossômicas e de determinados defeitos no fechamento do tubo neural, de um ponto de vista estatístico. Os exames invasivos permitem a detecção direta de anomalias cromossômicas fetais, por meio da determinação do cariótipo do feto, mas em contrapartida oferecem algum grau de incerteza para o prosseguimento da gestação; para que sejam de fato indicados é necessário comparar a taxa de risco de existência de anomalias – calculada a partir da idade materna, em conjunto com a medida da translucência nucal (medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, realizada entre 11 e 13 semanas gestacionais) e do osso nasal – com o índice de risco de complicações proporcionado pelo próprio procedimento. Há problemas éticos envolvidos, concernentes às decisões a serem tomadas, dependendo do resultado desses exames – em especial no que tange à interrupção ou não da gravidez em caso de detecção de uma anomalia.

Nos início dos anos 70, antes que o uso de ultra-som estivesse difundido na obstetrícia, surgiram questionamentos acerca de perigos para a grávida e para o feto. Em 1984, nos Estados Unidos, a conferência de consenso do National

Institute of Health decidiu que os dados disponíveis sobre a eficiência e a segurança do ultra-som não permitiam a sua recomendação como técnica de rotina. Na Inglaterra, o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, embora reconhecendo a necessidade de mais pesquisas, lançou a afirmação reasseguradora de que havia "razões convincentes para supor benefícios para todas as mães e bebês advindos de um escaneamento bem feito entre 16-18 semanas de gravidez" (RCOG, 1984 apud Price, 1990: 133).

Ainda que existissem controvérsias sobre a inocuidade do ultra-som para o feto, a partir de fins da década de 80 tornou-se um exame de rotina no pré-natal, nos Estados Unidos (Mitchell, 1994). Rosalind Petchesky – uma das primeiras teóricas feministas a explorarem a temática das imagens fetais de um ponto de vista antropológico – observou que o ultra-som passou a ser aplicado à obstetrícia em maior escala na década de 60, alguns anos depois de ter sido aceito em outros campos do diagnóstico médico. Esse período corresponde ao final do *baby-boom* e a uma queda acentuada na fertilidade nos Estados Unidos – o que teria impelido obstetras e ginecologistas para novas áreas de descobertas e de ganhos financeiros, além de uma nova população de "pacientes" (Petchesky, 1987: 65).

O uso dessa tecnologia significou uma considerável ampliação do controle e da disciplinarização dos corpos, em conjunto com a produção de novas subjetividades. O processo se passava em dois planos: em um primeiro, reconfigurando e antecipando vivências da gestante em relação ao seu feto, externalizado e tornado visível para ela, bem antes de perceber os movimentos fetais; em um segundo plano, constituía-se o próprio feto como um 'indivíduo' destacado da gestante. A possibilidade de visualizá-lo representou uma mudança significativa, na medida em que permitiu a atribuição de 'comportamentos' observáveis, específicos, individualizados e psicologizados em 'tempo real'. O novo recurso simultaneamente respondia à construção de uma sensibilidade crescente em relação ao bebê, estendida ao feto, e contribuía em larga escala para a acentuação dessa sensibilidade. Na esteira dessa transformação, ocorreram desdobramentos de toda ordem implicados na construção social do feto como Pessoa.

Vale salientar também outro ponto que compõe parte do pano de fundo no qual se desenrola a questão da ultra-sonografia obstétrica. A evolução das tecnologias de anticoncepção, nos anos 1960, e adiante, no decorrer da década de 70, das de reprodução assistida, ao mesmo tempo que responderam a um novo tipo de demanda, acarretaram modificações qualitativas de grande monta. A demanda era compatível com a ampliação da ideologia individualista – poder decidir quando e como ter filhos, uma mudança na significação dada a

esta escolha, não mais uma 'decorrência natural' do casamento. A rigor, a questão da escolha assumiu contornos radicais com as novas tecnologias reprodutivas. Se a contracepção estava impregnada do sentido de limitação, significando não ter filhos em excesso ou em um momento inadequado, a reprodução assistida pode ser compreendida como o desejo 'encorporado' (*embodied*) de ter filhos, entre outras questões.

Como produto de um processo multifacetado e complexo, ocorreram mudanças do *status* da mãe, do embrião e do feto. No mesmo movimento ampliaram-se, simultaneamente, a medicalização da reprodução, a da gravidez e a do concepto. A fertilização *in vitro* trouxe para a cena da concepção parceiros inteiramente inéditos até então: médicos, técnicos de laboratório, aparelhos de toda ordem. Embora sendo uma tecnologia acessível apenas às camadas abastadas da população, por seu alto custo financeiro, seu impacto social foi e continua sendo de amplo alcance, contribuindo para a reconfiguração de diversas questões relativas, por exemplo, à bioética e à posição hierárquica da mulher em relação ao seu embrião (Novaes & Salem, 1995; Salem, 1997). Constituiu-se a possibilidade de maternidade e paternidade biológica e/ou genética a mulheres e a homens que não conseguiam gerar filhos, e a própria conceituação de 'infertilidade' de um casal foi redimensionada. Não se pode deixar de assinalar o aspecto de consumo entranhado na chance de escolha construída com essas novas tecnologias. O 'diagnóstico' de infertilidade passou por modificações nos critérios de avaliação que parecem corresponder a interesses de cunho comercial, incluindo-se aí a própria demanda gerada por esses interesses nos consumidores. Na medida em que é reforçada a noção da 'infertilidade' como uma questão 'médica', constrói-se também a idéia de que esta pode – ou mesmo 'deve' – ser 'resolvida' por meio da tecnologia.[11]

Sarah Franklin mostra como, ao se estabelecer a conexão 'infertilidade-desespero', é elaborada uma narrativa épica dos feitos médicos (Franklin, 1990). Conforme assinala ironicamente Corrêa (1997, 2001), ao fim e ao cabo conseguem-se bebês, porém não se 'resolve' a infertilidade, na medida em que no laboratório conquistam-se fertilizações de óvulos que jamais ocorreriam pelos 'meios naturais' mas não se alteram as condições do casal impeditivas da concepção pelos meios 'tradicionais'. Nos dias atuais parece estar em curso uma nova 'sacralização' do feto e da vida, em conjunto com a experiência de maternidade e de paternidade, conforme assinala Duden (1993). A diferença em relação ao discurso religioso tradicional foi esta sacralidade ter-se revestido de um cunho 'científico', cabendo a pergunta se o que estaria em jogo seria a sacralização da vida ou a da própria ciência, agora capaz de produzir vida.[12] De um modo ou de outro, o ponto que interessa como

cenário da questão do ultra-som reside na construção e no reforço de um discurso com contornos nitidamente natalistas.

Ultra-Som, Visibilidade e Vigilância

O ultra-som destacou-se de modo marcante dentre as diversas tecnologias que possibilitaram o acesso ao feto. A sua aplicação à obstetrícia representou uma revolução nos tratamentos e nos conhecimentos médicos relativos à gravidez. O exame permitia a avaliação de numerosos aspectos relativos ao embrião ou feto assim como da gravidez em si. Por meio do exame da morfologia anatômica do feto, possibilitava a detecção precoce de malformações. A partir da década de 1960, o ultra-som passou a ser utilizado auxiliando técnicas invasivas como amniocentese, evitando que o feto fosse atingido pela agulha de coleta de líquido. Conforme assinala Janelle Taylor (1998), o valor estritamente médico do ultra-som é duplo: pode ser utilizado sozinho como um método diagnóstico no pré-natal, assim como em conjunto com outras técnicas e testes visando à tomada de decisões acerca do manejo da gravidez.

No princípio da década de 1980, a ultra-sonografia de rotina na gestação foi adotada como política nacional em alguns países europeus. Embora de início nos Estados Unidos houvesse a recomendação de cautela em seu uso, entre 1980 e 1987 a percentagem de gestações acompanhadas por ultra-som cresceu de modo acentuado – de 35,5% para 78,8% (Taylor, 1998). Atualmente, naquele país, todas as mulheres com acesso a algum tipo de acompanhamento de saúde realizam ao menos um exame durante a gravidez. A partir do final da década de 1980, o *boom* ocorrido com a ultra-sonografia obstétrica tornou-se um elemento-chave para a positivação da vigilância e da intervenção médica na gravidez e no parto. O componente fundamental para essa positivação consistiu na construção do 'prazer de ver' as imagens fetais, para o qual tanto a visualidade contemporânea pervasiva quanto a ação dos ultra-sonografistas junto às gestantes desempenharam um papel essencial.

Entre os diversos fatores que contribuíram para a rotinização do exame – como, por exemplo, o surgimento de novos produtos e novas especialidades ou profissões a eles associados – destacou-se a teoria de que a ultra-sonografia traria 'benefícios psicológicos' para a gestante, supostamente reforçando o vínculo afetivo (ou *bonding*) dela com seu feto. Embora sem maior significação para a prática médica em termos estritos, essa teoria expandiu-se, modelando a prática obstétrica e as expectativas das gestantes acerca do exame ultra-sonográfico, tornando-se tema de conversas informais e de literatura médica.

Nos termos de um artigo de Stuart Campbell e colaboradores, considerado como um marco inaugural da teoria dos 'benefícios psicológicos',

> (...) os efeitos psicológicos imediatos de exames ultra-sonográficos precoces (...) [incluem] a acentuação da consciência da existência do feto e influenciam a aquiescência [da gestante] a recomendações de cuidados com a saúde, tais como parar de fumar e beber álcool (...). [É, assim, um exame] potencialmente benéfico para o feto quando realizado em fase precoce da gravidez. (Campbell et al., 1982 apud Taylor, 1998: 19)

Os 'benefícios psicológicos' vinculam-se de modo estreito à disciplinarização e à medicalização dos comportamentos das grávidas, exercendo um papel potencialmente normativo sobre elas no mesmo processo em que se reforça a subjetivação da gravidez como evento e a da própria gestante como indivíduo. Embora predomine o discurso dos 'benefícios psicológicos' do ultra-som para uma gestante reassegurada e vinculada ao seu feto, ao menos 'provisoriamente' normal, há sempre a possibilidade de haver um final não feliz para essa narrativa. A contraface do processo é justamente o oposto do 'benefício' psicológico, com geração de profunda ansiedade no decorrer da gravidez no tocante à sempre presente possibilidade de detecção de algo que 'não vai bem'. Nesse sentido, pode-se pensar na tecnologia do ultra-som como contribuindo e/ou reforçando a produção de iatrogenia durante a gestação.[13] Um exemplo claro consiste no aumento de ansiedade de gestantes relativa à normalidade anatômica do feto, provocada em parte pelo discurso do 'risco' e só aplacada com a visualização recorrente do corpo fetal pela ultra-sonografia, acompanhada pela explicação do profissional.

A teoria do *bonding*, surgida no início dos anos 1970, *stricto sensu* diz respeito à ligação da mãe com seu bebê recém-nascido, em bases marcadamente biologizantes (Arney, 1982). Do mesmo modo que o 'reasseguramento' contém um aspecto normativo no tocante à saúde fetal, o *bonding* precoce, mãe-feto, supostamente proporcionado pelo exame, contém implicitamente uma faceta disciplinar no que tange às condições emocionais e aos comportamentos da gestante em relação à sua gravidez. Taylor ressalta a peculiaridade de que o *bonding* precoce da gestante com seu feto é mediado pelas imagens ultra-sonográficas fetais e ocorre por meio da espetacularização e da transformação da gestante em espectadora. Sublinha que, ironicamente, esta nova versão da teoria do *bonding* sugeriria implicitamente que as mulheres não estariam 'naturalmente' inclinadas a amarem seus fetos e que necessitariam da ajuda médica e tecnológica para se sentirem vinculadas a eles. Nos termos dessa autora, "a teoria do *bonding* migrou das salas de parto hospitalares para as salas de exame de ultra-sonografia" (Taylor, 1998: 23).

A idéia de *bonding* mediado pelo ultra-som contém outra implicação, pois iguala a relação da puérpera com seu recém-nato ao período gestacional e, desse modo, antecipa virtualmente o 'nascimento' do feto, construído socialmente como 'bebê' ou 'criança'. Tal como apontou Lo Bianco (1985) em pesquisa nos anos 1980, no Rio de Janeiro – quando a psicologização do feto nas camadas médias da população como que 'antecipava' a vivência da maternidade para aquelas mulheres –, por meio da visualização proporcionada pela tecnologia de ultra-som obstétrico a gestação torna-se definitiva, concreta e visualmente uma etapa *da* maternidade, não mais uma etapa *para* a maternidade.

A teoria do *bonding* dizia respeito ao vínculo da mulher com seu bebê em carne e osso, após o nascimento. A noção de *bonding* a partir da visão das manchas cinzentas da ultra-sonografia – e, mais recentemente, das imagens um pouco mais inteligíveis do ultra-som 3D – consiste a rigor em um problema bastante mais complexo, curiosamente ignorado pelos autores que, de 1982 em diante, partiram em defesa do ultra-som como capaz de proporcionar um vínculo precoce da gestante com seu feto, antes mesmo de sentir os seus movimentos. As imagens fetais passaram a ser 'naturalizadas' e equiparadas a 'fotos' de um 'bebê', mesmo em fase na qual o embrião ainda teria uma forma pouco 'humana'. O termo bebê encontra-se aqui aspeado porque, do mesmo modo que 'foto', a rigor não se trata nem de uma coisa nem de outra: as imagens obtidas por meio de ultra-som não são tecnicamente fotografias, e o feto só é um 'bebê' nos discursos dos atores.

Existe um aspecto fundamental a considerar como pano de fundo da prática da ultra-sonografia, que diz respeito à legalidade ou não do aborto em distintos países. Esta situação configura diversos aspectos relativos ao significado e ao papel do ultra-som na gravidez, assim como modela discursos e práticas no decorrer do exame ou para além dele. Por exemplo, no contexto norte-americano, no qual o aborto é uma prática legal, a construção de modo incondicional do feto como Pessoa por meio de sua *visibilização* – objeto de um amor materno também incondicional, ao mesmo tempo que é submetido a um "controle de qualidade" (Rothman, 1989 apud Taylor, 1998: 24) – transmuta o feto perfeito em um produto de consumo e os anômalos em produtos a serem descartados, produzindo um paradoxo incontornável.[14] Há uma profunda ambigüidade na 'incondicionalidade' desse olhar amoroso materno que transformaria o feto em Pessoa, na medida em que existe subjacente e implícita a possibilidade de um aborto seletivo, caso seja detectada anomalia fetal. Em outros termos, nessa conjuntura, para o feto tornar-se Pessoa, a condição *sine qua non* seria a sua normalidade física.

No Brasil, onde a racionalidade que informa a proibição legal do aborto está fortemente calcada na moralidade católica, que defende que desde a concepção existe uma Pessoa, a situação é um tanto diferente. A rigor, sabe-se que existe um diferencial de classe, na medida em que as camadas médias e altas não recorrem à rede pública e, assim, na prática exercem o direito de escolha – seja aborto eletivo, seja seletivo – em condições de higiene razoáveis (Ramírez-Gálvez, 1999). Para as camadas populares que só têm acesso à rede pública, para um aborto voluntário só restam as 'curiosas' como opção, o que geralmente significa um atendimento mais do que precário. Em suma, na prática as mulheres exercem o direito de escolha, sendo ou não punidas pelas conseqüências em termos de sua saúde física em razão da camada social à qual pertencem. Esse pano de fundo é fundamental para situar em qual contexto o ultra-som funciona como tecnologia pré-natal e, assim, qual o significado político de sua transformação em espetáculo e objeto de consumo.

Como tecnologia pré-natal, no momento em que são detectadas anomalias, no tocante à tomada de decisões nesse contexto de proibição legal do aborto gera-se um impasse, que deve ser resolvido individualmente pela gestante, eventualmente em conjunto com o seu parceiro e/ou com familiares. Ou seja, a tecnologia possibilita a pesquisa, mas a lei limita o âmbito das decisões que podem ser tomadas. A se seguir a letra da lei, não haveria sentido em investigar anomalias cromossômicas ou genéticas. Justaposta a esse paradoxo, a transformação do ultra-som obstétrico em espetáculo no Brasil adquire um sentido quase 'exorcístico'. Os atores do campo etnografado aliam-se nessa transformação construindo o prazer de ver as imagens fetais.

A produção do prazer de ver as imagens fetais tem raízes múltiplas, e a multiplicidade de utilizações e significados parece ser inerente à tecnologia de ultra-som, posto que a medicalização da gravidez e do feto, o prazer de ver as imagens fetais, o consumo destas, a fabricação de conhecimento e entretenimento vinculados à codificação da gravidez em termos médicos fazem todos parte de um mesmo processo. Aparentemente está em jogo, parafraseando Foucault, um grande empreendimento de aculturação médica e visual.

Do mesmo modo que os aparatos visuais do final do século XIX foram tornados objetos de entretenimento e serviram para treinar a construção de um novo tipo de olhar, adequado às novas e aceleradas mudanças urbanas e industriais, no caso da ultra-sonografia estaríamos diante da produção de um olhar fragmentador e escrutinador nos mínimos detalhes, que constrói corpos medicalizados desde antes do nascimento. A ultra-sonografia leva ao limite máximo a possibilidade de vigilância na gestação, na medida em que as próprias gestantes passam ativamente a solicitar poderem 'ver' os seus fetos.

Em última instância, a tecnologia de ultra-som pode ser compreendida como um *embodiment* do poder disciplinar: internalizado, normatizador, subjetivante e, conseqüentemente, fundador de novos sujeitos – gestantes e fetos.

É possível articular ainda outros aspectos igualmente importantes para a edificação desse estado de coisas. Sem pretender construir propriamente uma genealogia, vale ressaltar que o fenômeno de "psicologização do feto" da década de 1980 (Lo Bianco, 1985) parece gradualmente ceder lugar, em conjunto com outras facetas culturais em processo, à biologização e à 'fisicalização' do feto, em paralelo com uma percepção relativamente fragmentada deste, calcada na visualidade. Nessa linha de raciocínio, a ultra-sonografia fetal ocupa um lugar de destaque como realimentadora de um certo 'culto ao corpo' fetal, materializado, por exemplo, nas sessões domésticas de exibição de vídeos com as imagens fetais.

A psicologização do feto e da gravidez não deixa de ocorrer, mas passa a ocupar um papel relativamente secundário na 'cultura da gestação', mesmo ao se considerar que inicialmente tenha sido de fundamental importância como propiciadora e impulsionadora do *boom* do ultra-som – sedimentado firmemente ao longo da década de 1990. Estabelecendo uma periodização, em conjunto com outros fatores – em especial o declínio do *boom* 'psi' vinculado à ampliação das noções biologizantes –[15] e, possivelmente, pelo imediatismo e 'concretude' oferecidos pelas imagens fetais, o ultra-som pode ter concorrido para um relativo arrefecimento do movimento de psicologização do feto, algo como serrar o galho no qual se sentou. Com esse declínio, o ultra-som teria se tornado soberano como mediador do acesso da gestante ao seu feto, além de expandi-lo radicalmente, posto que diversos outros atores começaram a compartilhar a visualização das imagens fetais.

Um exemplo interessante dessa transformação é propiciado pelos trabalhos da psicanalista italiana Alessandra Piontelli que, durante a década de 1980, realizou uma pesquisa na qual acompanhou ultra-sonografias obstétricas de algumas gestações, sustentando a tese de que haveria uma continuidade observável nos comportamentos pré e pós-natais (Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995). Após o nascimento dos bebês, continuava observando-os semanalmente junto com suas mães por um período de dois anos, em casa, esta uma técnica desenvolvida e teorizada por Esther Bick (1964).[16] Os artigos e o livro nos quais Piontelli expôs sua investigação circularam e obtiveram uma razoável aceitação e sucesso em alguns meios psicanalíticos. A acolhida – por vezes entusiástica e acrítica – das teses dessa autora evidencia o aspecto estratégico de seu trabalho, captando um momento de mudança de paradigma. Em que pese o fato de sua pesquisa ter sido bastante questionável, tanto do ponto de

vista metodológico quanto no tocante à possibilidade concreta de se visualizarem quaisquer 'comportamentos fetais' com a tecnologia disponível na época, os trabalhos de Piontelli podem ser compreendidos como representantes do momento de transição entre a psicologização do feto e a 'fisicalização' dele, mediada pelo ultra-som.

A ampliação do monitoramento e da vigilância propiciados por essa tecnologia implica também uma extensão ao limite da fragmentação, não apenas do corpo feminino – que, a rigor, fica obscurecido e esfumaçado diante das imagens fetais – mas também do corpo fetal, esmiuçado em cortes milimétricos, em uma primeira instância em busca de anomalias mas, em momento subseqüente, com sua imagem subjetivada em uma inflexão bastante peculiar, conforme será visto no material de campo.

Notas

1 O termo 'cultura' é polissêmico. É, portanto, necessário delimitar que 'cultura' aqui significa um conjunto de valores, crenças e práticas compartilhado por um grupo humano qualquer.

2 Todos os textos citados em língua estrangeira foram traduzidos pela autora, salvo menção expressa em contrário.

4 Para uma discussão sobre a perspectiva e a construção dos códigos visuais, ver Panofsky (1999) e Sturken & Cartwright (2001).

5 Utilizo o neologismo 'pervasivo' apropriando-me do sentido da palavra inglesa *pervasive*: uma infiltração que se dissemina e se entranha amplamente, em toda parte.

6 A tecnologia analógica é a representação de dados por meio de propriedades físicas que expressam valor ao longo de uma escala contínua, em que os altos e baixos, os claros e escuros são medidos em uma escala de intensidade gradativa (Sturken & Cartwright, 2001).

7 Para uma exposição sobre a construção do desejo articulada com a cultura visual na sociedade de consumo, ver Sturken & Cartwright (2001: 189-236). Para melhor compreensão acerca do consumismo moderno, ver Campbell (2001).

8 Gonadotrofina coriônica, produzida pela implantação do feto no útero; a detecção deste hormônio no sangue da mulher grávida é mais precisa e mais precoce do que na urina, por ser possível evidenciar concentrações muito menores da substância no sangue.

9 *Sonar* é a abreviatura de *Sound Navigation and Ranging*. A técnica naval do *sonar* foi desenvolvida pelos franceses e usada na Primeira Grande Guerra para localizar objetos e submarinos inimigos submersos. Para mais informações sobre a história do ultra-som na obstetrícia, ver Blume (1992, 2003), Woo (2006) e Yoxen (1987).

10 Amniocentese é o exame do líquido amniótico, extraído do útero por meio de uma longa agulha para exame do cariótipo (mapa cromossômico) das células fetais. Busca diagnosticar patologias causadas por anomalias cromossomiais – a mais conhecida é a trissomia 21, causadora da síndrome de Down. É realizada em torno da 16ª semana gestacional. A biópsia de vilo corial tem o mesmo objetivo da amniocentese, pode ser feita em torno da 12ª semana

gestacional, mas implica um risco maior de complicações para o prosseguimento da gravidez.

11 Alguns pesquisadores brasileiros vêm se dedicando ao tema, destacando-se Corrêa (1997, 2001), Luna (2001, 2002a, 2002b, 2004) e Ramírez-Gálvez (2003).

12 Foi noticiada na Internet a chegada ao Rio de Janeiro de “um robô (...) que imita os movimentos das mãos e dos braços humanos (...) para transformar mulheres estéreis em mães potenciais”, que viabilizava a realização endoscópica da cirurgia de endometriose. Significativamente batizado de... Zeus (!!!), o aparelho consistia “num computador com o qual o cirurgião controla três braços robóticos dentro do corpo do paciente”. Disponível em: <http://www.ultimosegundo.ig. com.br/useg/notgerais>. Acesso em: 4 nov. 2002.

13 O termo ‘iatrogenia’ *stricto sensu* refere-se a danos causados ao paciente por uma prática médica. Aqui está sendo utilizado em um sentido mais amplo, vinculado a uma concepção em escala maior do que significa ‘terapêutica’: uma atividade médica que inclui a ‘eficácia simbólica’ do ato médico (Camargo Jr., 2003). Nesta concepção ampliada, ‘iatrogenia’ diz respeito a diversos aspectos simbólicos associados às práticas biomédicas apoiadas na tecnologia, entre as quais a ultra-sonografia obstétrica se incluiria.

14 Utilizei o termo ‘visibilizar’ (em contraste com ‘visualizar’) em parte por ser um termo nativo que corresponde a uma distinção êmica, mas, sobretudo, porque essa distinção é conceitualmente importante: a rigor, o ultra-som – assim como todas as tecnologias de imagem médica – ‘*torna visível*’ –, ou ‘visibiliza’, algo não acessível diretamente ao olhar, uma das discussões centrais do livro. Reservei o termo ‘visualização’ para o que ocorria durante os exames: todos ‘visualizavam’ as imagens na tela do monitor.

15 Um fenômeno mais geral discutido por Russo & Ponciano (2001-2002), dentre outros.

16 A ‘observação de bebês’, como a técnica é geralmente referida, atualmente é parte do currículo de formação em várias instituições de ensino de psicanálise e em cursos sobre o desenvolvimento emocional de crianças.

2

A Ultra-Sonografia Obstétrica na Perspectiva Antropológica

A ultra-sonografia obstétrica desempenhou e continua cumprindo um papel significativo para a construção e manutenção de uma nova percepção e sensibilidade acerca do feto, que até há cerca de cem anos era considerado uma extensão do corpo feminino e assunto, no máximo, 'para mulheres e comadres'. Autoras feministas contemporâneas enfatizam que a atenção focada nele produziu diversos desdobramentos, dentre os quais os mais significativos foram o surgimento de uma nova especialidade médica, a medicina fetal e o aparecimento dos 'direitos fetais' – em alguns estados americanos, objeto de legislação específica.[1] A aliança entre a medicina e a lei em alguns casos inverteu a hierarquia mãe-feto, ao atribuir autonomia e posicionar o feto como hierarquicamente superior à mãe, em termos de direitos civis. Durante a década de 1990, surgiu no exterior uma produção antropológica focada no uso do ultra-som obstétrico, cuja revisão breve visa estabelecer um cenário comparativo para a presente etnografia.

O Uso e o Significado Político das Imagens Ultra-Sonográficas Obstétricas

Rosalind Petchesky (1987), em um dos primeiros trabalhos realizados sobre o tema, discutiu de que modo as imagens fetais foram apropriadas e transformadas em um discurso moral, partindo da análise do vídeo *The Silent Scream*, fartamente exibido pela mídia eletrônica em 1984, nos Estados Unidos. O vídeo registra, através de ultra-som, o aborto de um feto de 12 semanas e intercala essas imagens com a mesa cirúrgica de aborto e com um médico, dr. Nathanson, 'explicando' o que está sendo visto, tudo isso acompanhado por uma melodia de órgão como fundo musical. O ultra-som mostra a cânula de aspiração sendo introduzida no útero da mulher, e o feto 'tentando escapar' –

movimentos rápidos – e finalmente 'lançando a cabeça para trás', em um 'grito silencioso'. Petchesky assinala que, juntamente com a exibição de um aparato altamente tecnológico, o que se ouve no vídeo é semelhante à moralidade medieval, em uma retórica antiaborto padronizada. Observa ironicamente que a retórica não é a da ciência, assemelhando-se mais à do seriado norte-americano *Miami Vice* (Petchesky, 1987). Dr. Nathanson, que produziu o vídeo, era um ginecologista-obstetra, inicialmente favorável ao direito de escolha, que se converteu em antiaborcionista militante.

> *The Silent Scream* marcou uma mudança dramática na concorrência por imagens sobre aborto. Com uma esplêndida perspicácia, traduziu as imagens imóveis e agora rotineiras do feto como um 'bebê' em um vídeo em tempo real, desta forma (1) dando a essas imagens uma interface imediata com a mídia eletrônica; (2) transformando a retórica antiaborto de predominantemente místico-religiosa em um estilo médico-tecnológico; e (3) 'dando vida' à imagem fetal (...). (Petchesky, 1987: 58)

Segundo Petchesky, o vídeo suscita questões importantes acerca do que significa 'evidência' ou 'informação médica', uma vez que a imagem ultrasonográfica é apresentada como a 'prova' de que o feto está vivo, "é humano como nós" e "sente dor" (Petchesky, 1987: 60). Estas duas últimas afirmações foram contestadas por médicos, em debates no *New York Times*, que argumentaram que com 12 semanas de vida o feto não tem ainda um córtex cerebral, não podendo, portanto, sentir dor e, menos ainda, 'gritar', pois não existe ar em seus pulmões; neste estágio de seu desenvolvimento, o feto apresentaria apenas movimentos reflexos. Os movimentos rápidos foram denunciados como truques na edição do vídeo. Mesmo assim, o vídeo adquiriu credibilidade pelo fato de estar envolto em uma aura de autoridade médica, associada à sedução da tecnologia e ao impacto cumulativo de imagens fetais da década que o antecedeu. Desde o surgimento pela primeira vez na mídia, no início da década de 1960, na revista *Life*, de imagens fotográficas do feto, este sempre foi apresentado como isolado ou autônomo, a mulher sendo periférica, quando não totalmente ausente (Petchesky, 1987). Este vídeo teve uma longa carreira: noticiou-se recentemente no Brasil que foi exibido para parlamentares durante discussão sobre a criminalização do aborto.[2]

Imagens cada vez mais precoces da gravidez contribuíram para o surgimento de noções de 'condição de Pessoa' (*personhood*)[3] e independência dos fetos em relação às gestantes (Rapp, 1997). A 'pessoalidade' do concepto sempre foi um dos carros-chefes para o ativismo antiaborto, e esta noção, 'sustentada' tecnologicamente, trazia implícita a idéia de que a mulher ficaria subordinada ao feto durante a gravidez (Martin, 1992).

Rayna Rapp assinalou um paradoxo: ao mesmo tempo que as imagens fetais são produzidas em 'tempo real' dentro dos corpos femininos, elas sofrem um tratamento visual e se apresentam incorpóreas, flutuantes. O "feto-em-tempo-real" visualizado através do ultra-som era, simultaneamente, pessoal, doméstico e íntimo e provocava uma reflexão ampla, pública e política sobre o papel da mãe, entre outras questões (Rapp, 1997: 47).

Desse modo, ampliou-se a vigilância sobre os corpos da gestante e do feto e constituiu-se "um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (...)" (Foucault, 1999: 143).

Nessa perspectiva, o surgimento da medicina fetal corrobora o ponto de vista foucaultiano, na medida em que o feto 'visível' tornou-se passível de uma vasta gama de intervenções, diretas e indiretas, abrangendo desde modificações alimentares impostas à gestante até intervenções cirúrgicas no feto – realizadas dentro e fora do útero – antes do seu nascimento.

Reconfigurações Culturais: o útero 'transparente' e o feto 'público'

No passado, a presença do feto se revelava aos poucos, em um período de meses, e os sinais de sua existência passavam necessariamente pela percepção da gestante. Nos dias atuais, a ultra-sonografia se sobrepôs à consciência corporal da mulher, fornecendo um conhecimento médico, independente, sobre o feto. Os estados corporais que anteriormente indicavam a gravidez foram substituídos por sinais exclusivamente visuais que transformavam uma série de ecos em um 'bebê'. O conhecimento corporal difuso da mulher acerca de seu estado foi remodelado, sendo em grande parte restringido à imagem do feto como uma entidade separada ou um "paciente" (Rapp, 1997: 39).

Em estudo etnográfico desenvolvido em uma pequena cidade da Grécia, Eugenia Georges examinou de que modo a possibilidade intrínseca de visualização do feto pelo ultra-som tinha o potencial de fundir processos biológicos e tecnológicos e, assim, produzir novas experiências cognitivas e corporais na gravidez. De acordo com a autora, muito da atração especial, do impacto e da autoridade do ultra-som fetal estaria ligado à sua posição única, de interseção entre tecnologias visuais científicas e populares, assim como aos códigos e às convenções da representação do 'real' enraizados nessas tecnologias. As gestantes encaravam o ultra-som por um prisma positivo, exercendo uma demanda ativa sobre

os médicos. Em primeiro lugar, relatavam um sentimento de prazer pelo reasseguramento em relação à saúde do concepto. Em segundo, o ultra-som como que mediava o contato delas com o feto e estabelecia a 'realidade' deste para as mulheres, através de uma imagem que, turva, era reinterpretada como "o meu bebê" (Georges, 1996: 160).

A percepção corporal era colocada em segundo plano em relação à visualização da imagem do feto. A observação dos movimentos fetais em tempo real, como um *show* 'ao vivo', acentuava o sentimento de realidade dos fetos para as grávidas. Na Grécia, a expressão utilizada para o ultra-som fetal era 'colocar o bebê na televisão'. Na época dessa etnografia, o número de horas despendidas pelos gregos diante da TV era superior ao de todos os outros europeus. A questão em foco era em que medida a tecnologia desempenhava um papel crítico na reconfiguração da forma pela qual as mulheres vivenciavam suas gestações. Georges mostrou que a forte demanda e a recepção entusiástica das imagens fetais pelas mulheres poderiam ser indícios do surgimento de uma outra consciência e a conseqüente transformação das gestantes em novos sujeitos: grávidas e modernas. É inegável também que, na medida em que o ultra-som atuava como reforço da autoridade médica, ele contribuía para consolidar a crescente hegemonia da biomedicina sobre a experiência reprodutiva da mulher (Georges, 1996).

Da etnografia de Georges emergiu um duplo aspecto no tocante às relações de poder: reconfigurava-se o poder/saber da gestante sobre o feto e evidenciava-se claramente o poder da tecnologia biomédica exercido sobre a mulher, do momento em que esta passava a necessitar da aparelhagem e dos médicos para 'ter acesso' ao seu concepto. Duas subjetividades eram construídas simultaneamente: a da gestante e a do feto, ambas mediadas pela tecnologia. Outro aspecto do rearranjo dizia respeito à privacidade, pois este novo tipo de conhecimento da mulher sobre o feto passou necessariamente a ser dividido com médicos e técnicos, dependendo destes para a sua produção. Em paralelo, com o feto tornado 'público' e 'visível', ampliou-se a rede de atores sociais envolvidos com a gestação: parceiros, familiares, amigos e outros. As conclusões do estudo corroboram a afirmação de Foucault sobre a positividade do poder disciplinar que, por meio do escrutínio e do prazer no conhecimento, produziria subjetividades que sustentariam e reforçariam esse modo de exercício do poder (Foucault, 1984, 1999).

Um estudo de Browner & Press (1996), sobre cuidados pré-natais nos Estados Unidos, focalizou basicamente o autocuidado de mulheres durante a gravidez e de que modo elas incorporavam os conselhos biomédicos às suas rotinas já conhecidas de cuidados com o corpo. Muitos depoimentos das entrevistadas

no estudo evidenciaram o sentimento de conforto e reasseguramento por receberem instruções sobre o que fazer. Várias delas revelaram que gostavam do pré-natal porque os recursos tecnológicos, como a ultra-sonografia e a audição dos batimentos cardíacos fetais, faziam-nas se sentirem "mais perto" de seus fetos, ou "tornavam o bebê mais real" (Browner & Press, 1996: 144).[4]

A passagem de informações no pré-natal era muito valorizada pela maioria dessas mulheres. As gestantes acreditavam que, estando informadas, ficariam mais aptas a assumir as responsabilidades conferidas pela gravidez. Contudo, apesar da demanda de informação, a autoridade biomédica não era aceita de forma inteiramente acrítica. Muitas mulheres estavam inclinadas a aceitar os conselhos dos médicos como confiáveis, mas demonstravam alto grau de ambivalência em executá-los. Por um lado, a maioria das grávidas aceitava as recomendações biomédicas que eram confirmadas pela experiência incorporada e rejeitava as que colidiam com suas crenças preexistentes acerca dos cuidados consigo mesmas durante a gestação. Costumavam também ignorar diretrizes que dificilmente poderiam ser incorporadas às suas rotinas diárias. Por outro lado, as solicitações médicas de que se submetessem a exames complementares de alta tecnologia eram geralmente bem recebidas. Em suma, essas mulheres confiavam mais em seu conhecimento incorporado do que na opinião dos médicos em relação a recomendações diversas de cuidados pré-natais, mas aceitavam facilmente a autoridade médica quando esta se apresentava apoiada pela tecnologia (Browner & Press, 1996).

É importante sublinhar que as mulheres não eram de modo algum agentes passivas nesse processo. Estabelecia-se uma aliança entre gestantes e médicos a partir do momento em que elas solicitavam e se dispunham a ter seus corpos monitorados e examinados, pedindo aos profissionais que as ensinassem o que fazer durante a gestação. Ressalte-se também que esse processo se passava em uma via de mão dupla: tanto a atribuição de confiabilidade ao conhecimento tecnológico contribuía para o processo crescente de medicalização da gravidez quanto esta tendência reforçava a posição culturalmente aceita da tecnologia como produtora de conhecimento confiável (*authoritative knowledge*) biomédico.[5]

Michèle Fellous, em estudo realizado na França no início dos anos 1990, constatou que a visualização do movimento, em especial o dos batimentos cardíacos, era mais impactante do que apenas a imagem e, freqüentemente, o interesse das mulheres no ultra-som decrescia no momento em que começavam a sentir os primeiros movimentos fetais. Entretanto, para os homens, sem a possibilidade de apreender o feto sensorialmente, esse interesse persistia inalterado durante toda a gravidez da mulher. Contudo, a produção de prazer e

a de alegria estavam condicionadas a que "a imagem fosse sustentada pela palavra que comentava e explicava (...) e que o exame terminasse com: 'tudo vai bem'" (Fellous, 1991: 20). Esta autora notou também que, dependendo da categoria profissional, havia diferenças marcantes na construção da idéia de autonomia do feto em relação à grávida: os médicos ultra-sonografistas e os pediatras tendiam a perceber o concepto como um ser autônomo, enquanto obstetras entendiam a dupla gestante-feto como uma unidade.

No Canadá, Lisa Mitchell (1994), em estudo sobre a ultra-sonografia com 49 mulheres primíparas, observou que durante o exame o termo 'feto' era reservado a questões diagnósticas, e que a maioria das observações feitas pelos técnicos durante um exame de rotina referia-se à anatomia, à aparência e à atividade do 'bebê'.[6] A imagem ultra-sonográfica era descrita para as gestantes como atividade intencional: "está brincando", "nadando", "pensando", "espreguiçando", "descansando" etc. A aparência de 'bebê' do feto era ressaltada com comentários sobre "a gracinha dos dedinhos do pé" ou sobre a "semelhança" com membros da família. Os movimentos fetais freqüentemente eram descritos como estados de humor – "o bebê está feliz", "relaxado", "cansado" – ou de características de personalidade: "é tímido". Muitas vezes os técnicos interagiam com a imagem na tela, cumprimentando-a, dirigindo-lhe reprimendas ou criando uma voz em seu lugar que "falava" com a grávida (Mitchell, 1994).

Mitchell e Georges reuniram suas respectivas pesquisas elaborando um estudo comparativo entre a ultra-sonografia obstétrica na América do Norte e na Grécia (Mitchell & Georges, 1998). Por meio da análise das diferenças evidenciadas entre os dois contextos, mostraram de que modo a construção social do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia do ultra-som, encontrava-se profundamente impregnada pelos valores vigentes em cada contexto. As similaridades encontradas, por outro lado, revelavam que o *constructo* que emergia da fusão do feto com a sua imagem, produzida pelo ultra-som, era simultaneamente constituído por compreensões locais e globais. Esse *constructo* foi denominado pelas autoras de feto-*cyborg* (Mitchell & Georges, 1998). O uso deste conceito permite que seja colocada em evidência a interação corpo-máquina na reconfiguração da Pessoa contemporânea.[7]

O feto norte-americano aparecia em filmes, anúncios e fotografias: as pessoas acostumaram-se a 'vê-lo', e essa visualização desempenhava um importante papel em sua construção e representação como um ator social. A descrição era vital para que a imagem ultra-sonográfica se tornasse culturalmente significativa como um 'bebê', e passava sempre por um 'filtro cultural': os técnicos selecionavam as partes 'não-chocantes', como bexiga, pés, mãos e dedos, para mostrar às gestantes, e no período de 16/18 semanas não exibiam

a face do feto, considerada por eles como alarmante para as mulheres. Nos Estados Unidos e no Canadá, apenas em gestações consideradas de 'alto risco' ou com fetos portadores de anomalias, os médicos assumiam a realização da ultra-sonografia (Mitchell & Georges, 1998). Obstetras, radiologistas e técnicos podiam apropriar-se da imagem descrevendo-a para a mulher em um discurso que garantiria sua 'condição de Pessoa' em termos físicos, morais e subjetivos. Na Grécia, não havia um 'feto público'. Raramente aparecia na mídia e, apenas às vezes, em hospitais, nos cartazes de campanhas contra o fumo na gestação.

O ponto fundamental do artigo, que foi em grande parte inspirador para a pesquisa que deu origem a este livro, era o fato de que sujeitos fetais e gestantes são culturalmente construídos. O consumo de tecnologia de ultra-som era uma forma de as gestantes se constituírem em sujeitos 'modernos' na Grécia contemporânea, onde a tecnologia médica tornou-se sinônimo de modernidade para pacientes e para médicos. Mitchell e Georges assinalaram que, em contraposição, poucas canadenses referiam-se ao ultra-som como um exemplo de "progresso médico", ou como algo que "nossas mães não tiveram", como faziam as gregas. O ultra-som era percebido pelas norte-americanas e canadenses como o meio de "fazer o melhor para o bebê", ou de alívio com relação às preocupações sobre anormalidades fetais ou risco de aborto (Mitchell & Georges, 1998: 119).

As diferenças na construção das pessoas do feto e da grávida tornavam-se evidentes na comparação das traduções culturais populares do conhecimento *expert* sobre a gestação: na época do estudo feito pelas autoras, 100% das canadenses liam guias sobre a gravidez, em contraste com a porcentagem de gestantes gregas que o fazia: 50%. Na Grécia, o texto era focado exclusivamente nas características físicas e no desenvolvimento do feto, e o conceito de vínculo (*bonding*) estava ausente. Havia muitos conselhos para que as mulheres fossem 'boas pacientes' para os médicos, pontuais às consultas, além de precisas e concretas em seus relatos – as gestantes gregas deveriam ser sujeitos modernos e disciplinados. No Canadá, o feto era percebido pelos técnicos ultra-sonografistas e pelas mulheres como sensível, ativo, um indivíduo socializado, engajado em atividades intencionais; o vínculo materno-fetal era enfatizado como a experiência central e essencial da gravidez. As canadenses, já medicalizadas e disciplinadas, estariam sendo "compensadas" com a comunicação materno-fetal (Mitchell & Georges, 1998: 119), mediada e potencializada pela tecnologia de imagem. As autoras sintetizaram suas observações do seguinte modo:

> No Canadá, o ultra-som está referido à separação e à reconexão de indivíduos. As gestantes esperam 'encontrar/conhecer (*meet*) seu bebê' na tela do ultra-som e são encorajadas por *experts* a verem na tela digitalizada evidências de um ator com gênero, consciente e sensível, comunicando suas demandas e necessidades. Capturadas pela ideologia complexa e pública do risco, através do ultra-som provam que são 'boas mães' (...). Na Grécia, a produção de sujeitos – gestantes e fetos – é marcadamente diferente. A evidência de normalidade física é lida como prova da 'condição de Pessoa' fetal. Entretanto, os fetos permanecem como seres relacionais, cuja construção como Pessoa é constituída primariamente através de redes de parentesco. (Mitchell & Georges, 1998: 120)

Os dois contextos descritos pelas autoras parecem ser faces diferentes de um dispositivo do biopoder. O feto, nesse cenário, funciona como ponto em torno do qual se articulam e são construídos a subjetividade da mulher, o poder médico e a ampliação da disciplinarização e da normatização dos corpos – dos fetos e das mulheres. Apesar de o ultra-som remodelar dramaticamente a apreensão cognitiva e sensorial da gestante, é importante enfatizar que esse processo se dá sempre dentro dos limites das formações discursivas dominantes. Assim, as imagens tornam-se significativas apenas se inscritas no e codificadas pelo discurso vigente no contexto sociocultural no qual são produzidas.

A pesquisa de Lo Bianco, nos anos 1980 no Rio de Janeiro, embora não tivesse como foco a ultra-sonografia, chegou a conclusões bastante semelhantes às do estudo precedente. Ao contrário das grávidas de camadas populares e baixa escolaridade, as mulheres de camadas médias viam a gravidez como uma etapa importante para o estabelecimento da relação materno-infantil. A gravidez para elas não era um estágio *para* a maternidade, mas um estágio *da* maternidade, e percebiam o feto como um ser dotado de vontade própria e autonomia. Uma das gestantes referiu-se ao futuro bebê como 'uma pessoinha que está dentro de mim'. As mulheres de camadas populares, ao contrário, acreditavam que a maternidade começava apenas após o nascimento da criança e não procuravam 'conversar' com o bebê dentro de seu corpo (Lo Bianco, 1985). Em outros termos, em uma mesma cidade foi possível evidenciar diferenças culturais marcantes em distintos estratos populacionais, informando o modo como a gravidez era percebida e socialmente construída.

Os dois trabalhos – o de Mitchell e Georges e o de Lo Bianco – ressaltaram uma questão importante: a outra face da medicalização crescente da gravidez, da mulher e do feto, que implica um recrudescimento da disciplinarização e da normatização dos corpos tanto dos fetos quanto das mulheres, seria o aumento da individualização, da interiorização, do investimento de afeto e sentimentos na maternidade. O biopoder e os dispositivos tecnológicos

que o acompanham estariam produzindo, assim, além de corpos úteis e dóceis, subjetividades hiperinvestidas de afetos e desejos.

Transformação: da imagem tecnológica ao feto-Pessoa

A avaliação e a padronização do desenvolvimento 'normal' da gravidez e do feto em nossos dias, nos grandes centros urbanos, passaram a ser necessariamente mediadas pela tecnologia. Por um lado, observa-se que a percepção da mulher acerca da evolução da gravidez é lateralizada, como se fosse 'não-confiável', tendendo a ser 'substituída' pelo aparato tecnológico. Por outro, esse aparato medeia, modifica e fornece subsídios para a construção de novas sensações e sentimentos em relação ao seu feto, parte por antecipar a percepção da gravidez e parte por promover uma reconfiguração da sensorialidade materna através da fusão da visualidade com sensações táteis, conforme vimos.

A partir da quinta semana gestacional, o feto pode ser visibilizado pelo ultra-som. A noção e a vivência subjetivas de 'maternidade' foram, assim, antecipadas com relação ao que ocorria até os anos 1980, um processo designado por Rapp como "*fast-forwarding*" (Rapp, 1997: 38). Segundo ela, o aspecto mais significativo do processo de personificação do feto seria a determinação do sexo que, na época de sua pesquisa, podia ser realizada a partir da vigésima semana de gravidez. O conhecimento do sexo do feto "aumenta a velocidade da gravidez", deixando de ser um "ser imaginário" para tornar-se um "menininho ou menininha" (Rothman, 1986 apud Rapp, 1997: 40). Rapp diz que o lento processo de tornar o bebê, já nascido, sexuado, é atropelado pela pressa de se saber o sexo do feto (Rapp, 1997).[8] Com relação a esta questão, Fellous sublinhou o fato de que nem sempre essa antecipação era vivenciada de forma positiva pelas mulheres. Para algumas, havia um sentimento de terem seu segredo roubado pela revelação do sexo do feto, a ultra-sonografia como uma interferência quase insuportável, uma violência e um impedimento de vivenciarem de forma gradual as mudanças que ocorriam no interior de seus corpos (Fellous, 1991). Michel Soulé, psicanalista francês, alcunhou a ecografia obstétrica de "*interruption volontaire du fantasme*" em alusão à "*interruption volontaire de grossesse*" (Fellous, 1991: 10).

A possibilidade de visualização das imagens fetais tornou-se um elemento potente para a constituição de um deslizamento de 'feto' para 'bebê', deste para 'Pessoa' e – com a intervenção da medicina fetal – 'paciente'. Desse modo, gerou-se uma espécie de consenso, reforçado pelos mais variados tipos

de imagem veiculadas pela mídia. Um exemplo significativo e um tanto bizarro dessa 'transformação' consiste em uma mensagem que circulou em correio eletrônico, no início de 2000, contendo em anexo uma fotografia intitulada "Mão Amiga". Até o momento do fechamento do livro, em 2007, ambos – texto e imagem – continuavam disponíveis em um *site* na Internet.[9]

Tratava-se de uma cirurgia intra-útero em um feto de 21 semanas. Na imagem, vê-se o abdômen cortado da mãe e o útero exposto, com um corte de onde emerge a mão minúscula do feto segurando o dedo enluvado do cirurgião (Figura 1).

Figura 1 – Mão Amiga

Fonte: foto de Paul Harris, disponível em http://masporque.wordpress.com/2005/12/23/desafio-pela-vida/

A imagem remetia de modo inequívoco ao detalhe do afresco de Michelangelo, na Capela Sistina, no qual o dedo de Deus toca o de Adão, dando-lhe vida. Há numerosas leituras possíveis para este texto, a começar pelo enaltecimento dos 'feitos médicos', passando pela ciência-espetáculo, entre outras. Focaliza-se aqui apenas a transformação, em termos discursivos, do feto em 'paciente', apoiada na imagem. Segue-se parte do texto que acompanhava a foto:

> (...) Um fotógrafo que fez a cobertura de uma intervenção cirúrgica para corrigir um problema de espinha bífida[10] realizada no interior do útero materno num *feto de apenas 21 semanas de gestação* (...) captou o momento em que *o bebê tirou a sua mão pequenina* do interior do útero da mãe, *tentando segurar um dos dedos do médico que o estava a operar* (...). A pequena mão que comoveu o mundo pertence a *Samuel Alexander*, cujo nascimento deverá ter ocorrido no (...) dia 28 de Dezembro [1999] (no dia da foto ele tinha apenas 5 meses de gestação) (...). A vida do bebê está literalmente presa por um fio. Os especialistas sabiam que não conseguiriam mantê-lo vivo fora do útero materno e que deveriam tratá-lo lá dentro, corrigindo a anomalia fatal e voltando a fechar o útero para que o bebê continuasse o seu crescimento normalmente. (...) Agora, *o Samuel tornou-se no* [sic] *paciente mais jovem* que já foi submetido a este tipo de intervenção e, *é bem possível que, já fora do útero da mãe, Samuel Alexander Arms aperte novamente a mão do dr. Bruner* (...). (Ênfase minha)

O "feto de apenas 21 semanas de gestação" transformava-se em "bebê", sendo-lhe atribuída uma intencionalidade: "tirou sua mão pequenina (...) *tentando segurar* um dos dedos do médico". No instante seguinte, o feto recém-transformado em bebê subjetivado, agente com intencionalidade, adquiriu um prenome – Samuel Alexander – ainda dentro do útero da mãe. Em seguida, o 'bebê' com prenome, intra-útero, tornou-se um 'paciente' e, finalmente, em uma projeção do futuro, podia-se visualizá-lo adulto, com nome completo, agradecendo ao médico que teria corrigido cirurgicamente sua anomalia. Havia uma aceleração no tempo, reforçada pela imagem que vinha anexada ao texto, posto que a mão fotografada do feto era, de fato, uma minúscula e perfeita mão, já humana. A divulgação da foto e do texto deu-se antes do nascimento do bebê, como uma leitura mais atenta revela e, portanto, à época em que circulou a mensagem com a foto – a rigor não se sabia se a cirurgia havia ou não sido bem-sucedida. Este pormenor coloca em evidência a importância dos temas para os quais essa imagem tornou-se extremamente útil, entre eles uma campanha antiaborto.

Os artigos aqui revisados assinalavam e descreviam um fenômeno que tornou-se corriqueiro nas sociedades urbanas contemporâneas: o da ampliação da medicalização da gravidez, do feto, e sua construção social como Pessoa antes do nascimento mediada pela ultra-sonografia obstétrica – todas elas questões historicamente construídas e culturalmente informadas. Essa produção teórica evidenciou que os aspectos culturais vigentes no campo informavam e determinavam de forma marcante a maneira como tal tecnologia era lidada e apropriada pelos atores nela envolvidos. O fato de não haver encontrado referências

ou pesquisas antropológicas sobre esse tema no Brasil foi o elemento determinante para a decisão de empreender um estudo etnográfico no Rio de Janeiro.

NOTAS

1 Nessa produção destacam-se Duden (1993), Heriot (1996), Martin (1992) e Rapp (1997, 1998, 1999).

2 Disponível em: <oglobo.globo.com/online/plantao/ppais.asp>. Acesso em: 22 nov. 2005.

3 Optou-se por traduzir o termo *personhood* como 'condição de Pessoa' e, eventualmente, 'pessoalidade', por não existir uma tradução exata do termo em português.

4 Sobre a 'naturalização' e a 'objetividade' das imagens técnicas na sociedade ocidental contemporânea, ver Chazan (2002b), Daston & Galison (1992), Kemp (1998) e Pereira (1999).

5 O conceito de 'conhecimento confiável', ou *authoritative knowledge,* foi delineado por Brigitte Jordan nos seguintes termos: "O conhecimento que os participantes de um determinado grupo concordam que seja importante em uma situação particular, que *eles* percebem como trazendo resultados significativos, e baseado no qual tomam decisões e encontram justificativa para suas formas de agir" (Jordan, 1993: 154) (ênfase original).

6 Nos Estados Unidos e no Canadá, os exames são em sua grande maioria feitos por técnicos, geralmente mulheres. Programas formais de treinamento desta categoria profissional surgiram no início da década de 1970, com a duração de um a quatro anos, ao fim dos quais o profissional deveria prestar um exame para a obtenção de um certificado. Nos países europeus, as ultra-sonografias obstétricas são em geral realizadas por médicos ou parteiras (Taylor, 1998). No Brasil, a Resolução 1.361/1992, de dezembro de 1992, do Conselho Federal de Medicina, determinou que "A execução e a interpretação de exame ultra-sonográfico entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo, é da exclusiva competência do médico" (DOU, seção I, de 14 dez. 1992, p. 17.186). Portanto, no Brasil, os exames ultra-sonográficos são sempre realizados por médicos, em geral provindos da radiologia e, no caso do ultra-som obstétrico, freqüentemente oriundos da área de ginecologia e obstetrícia.

7 Vários autores utilizam o *cyborg* como conceituação, destacando-se Downey (1998), Dumit (1997, 2004) e Haraway (1991), dentre outros.

8 Sobre sexo e gênero como construções sociais, ver também Butler (1999), Findlay (1995), Laqueur (2001) e Nanda (1993).

9 Para o texto completo do e-mail, que evidencia as diversas utilizações dessa imagem, ver Chazan (2000: 87). Para mais informações acerca da situação que gerou todo esse movimento, ver o site português antiaborto "Mas Porquê?", disponível em: <masporque.wordpress.com/2005/12/>. Acesso em: 30 mar. 2007.

10 Malformação congênita da coluna vertebral, causadora de graves seqüelas neurológicas.

3

Construindo uma Etnografia Brasileira sobre Ultra-Som Obstétrico

O foco inicial da pesquisa era a construção social do feto como Pessoa mediada pela tecnologia de ultra-som, produtora de imagens fetais. Uma observação etnográfica consiste em uma aproximação do campo empírico informada por diversas questões teóricas e também pela subjetividade do observador. Ambos os aspectos determinam a observação e os rumos que a investigação toma, e é essencial que estejam expostos. Conforme já foi dito no início do livro, esse foco foi mudando à medida que os estudos teóricos sobre a visualidade e sobre a medicalização da gravidez prosseguiram, bem como por conta de aspectos que emergiram da própria observação. Portanto, a produção de uma etnografia abrange, além dos aspectos descritivos e da análise do material obtido, uma discussão sobre alguns dos elementos que informam e modelam o olhar do observador, ou seja, uma explicitação de como foi obtido o material empírico sobre o qual a etnografia se constitui.

Cabe assim entrar um pouco em algumas questões que dizem respeito à subjetividade necessariamente presente em uma abordagem dessa ordem. Desde o princípio da observação etnográfica surgiram diversas questões envolvendo a identidade profissional da observadora, portanto o primeiro ponto a ser discutido na construção dessa etnografia tornou-se o fato de ser graduada em medicina e buscar um olhar antropológico em ambiente médico. Em nenhuma das investigações anteriores sobre o ultra-som obstétrico existia essa peculiaridade, sendo as pesquisadoras sempre oriundas da área de ciências humanas ou sociais.

Essa 'dupla' identidade, por assim dizer, necessariamente configurou o meu olhar e o relacionamento com os atores do universo observado. Por um lado, facilitou os contatos iniciais e a aceitação da pesquisa pelos responsáveis pelas clínicas, por se tratar de uma 'colega'. Por outro, a familiaridade com o ambiente médico vez por outra dificultava o distanciamento e o estranhamento necessários para uma abordagem etnográfica. O fato de ser psiquiatra e psicanalista também emergiu como uma questão identitária no campo, mas, pelo

prisma do estranhamento antropológico, foi secundária à duplicidade principal de ser médica e de estar realizando uma pesquisa antropológica naquele ambiente.[1]

Para situar de modo preliminar em que contexto se desenvolveram essas questões, tratadas adiante, apresento inicialmente de modo breve o desenho da pesquisa e algumas características das clínicas etnografadas. Vale observar que a contextualização de uma etnografia resulta ser uma via de mão dupla, pois tanto a descrição da pesquisa coloca em perspectiva a subjetividade do pesquisador quanto a discussão sobre esta última serve como grade de leitura para o material etnográfico.

O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do ano de 2003, em três clínicas privadas, aqui designadas como clínicas A, B e C. Por motivos éticos optou-se por mantê-las também em anonimato, assim como os nomes dos atores. Como dito na apresentação, a princípio eu pretendia comparar a prática do ultra-som obstétrico em um hospital público, um universitário e uma clínica particular. Algum tempo depois de iniciada a observação na primeira clínica, ficou patente a necessidade de mudar o escopo do campo, por perceber que, se seguisse o projeto original, a quantidade de material e o número de variáveis em jogo inviabilizariam a análise, considerando os recursos e o tempo de que eu dispunha. Outros pontos relevantes para a mudança foram a constatação da existência de uma interatividade constitutiva dessa tecnologia de imagem e de um processo de construção de uma cultura visual específica entre os atores do universo observado, temas merecedores de uma investigação mais aprofundada. Derivou daí o fato de o trabalho de campo ter sido redirecionado para a observação de mais duas clínicas privadas que, por motivos de ordem variada, atendiam gestantes de diferentes estratos das camadas médias da população.

Assim, durante nove meses observei exames, buscando compreender de que maneira profissionais, gestantes e acompanhantes lidavam com a ultrasonografia obstétrica, em termos de discursos e práticas. Na clínica A, foram realizadas observações semanais, com tempo de duração variável, de janeiro a março de 2003. Nas clínicas B e C, foram feitas observações quinzenais alternadamente, no período de abril a setembro do mesmo ano, e essa estratégia de alternar as observações forneceu elementos interessantes para comparação. Ao todo foram observadas em torno de duzentas ultra-sonografias obstétricas, e o tempo total de observação somou cerca de 160 horas.

Durante os exames eu tomava notas e mais tarde construía relatos das situações e dos diálogos ocorridos em cada dia. Como o foco da observação estava nas negociações ocorridas em torno das imagens fetais, optei deliberadamente por não realizar entrevistas com as gestantes. Outro motivo forte da opção envolve a consideração de que, por ser a psicanálise minha área

original de atuação, se me aproximasse de modo mais individualizado dos sujeitos da pesquisa seria difícil me desvencilhar de referenciais por demais familiares e alheios às ciências sociais. As interações entre os atores e diretamente comigo me interessavam mais do que apenas os discursos tomados isoladamente. As conversas com as grávidas e seus acompanhantes restringiam-se em geral à explicação sobre a pesquisa e ao pedido de autorização para observar. Entre um e outro exame ocorriam diversas interações com os profissionais – meus principais informantes – que constituíram o núcleo das reflexões e da discussão, desenvolvidas adiante, sobre a posição de um observador médico buscando uma aproximação etnográfica em ambiente médico.

As clínicas A e B tinham convênios com planos de saúde, mais caros ou mais baratos, que de certo modo distribuíam a clientela em termos de renda. A clínica C só atendia a exames particulares, com preços, na época, variando entre R$ 110,00 e R$ 1.000,00. Uma peculiaridade dessa clientela derivava do fato de a clínica C manter um vínculo estreito com um centro de reprodução assistida. Por este motivo, havia mais gestantes acima dos 35 anos – 'idosas', em termos êmicos – e mais gestações múltiplas do que nas outras duas clínicas, assim como também um maior número de gestações 'de risco', do ponto de vista médico. *Grosso modo*, considerei que a clínica A atendia predominantemente clientes de camadas média e média/alta; a clínica B, camadas média e média/baixa; a clínica C, camadas média/alta e alta. Esta divisão não é rigorosa, já que não me detive em delinear na pesquisa um perfil socioeconômico das gestantes. Estabeleci a classificação tomando por base a observação dos seus trajes, acessórios, eventualmente perfumes, e da sua linguagem. Esses elementos, assim como a localização das clínicas na cidade do Rio de Janeiro, denotavam os diferentes níveis socioeconômicos e de instrução da clientela. A clínica A estava localizada na Zona Oeste, local de moradia de camadas médias em ascensão; a clínica B, na Zona Norte, área de camadas médias de menor poder aquisitivo; e a clínica C, na Zona Sul, área 'nobre' do Rio. A clínica B é uma das filiais de uma grande clínica, cuja matriz se encontra na Zona Sul. Em duas ocasiões, realizei observações na matriz.

Primeiros Contatos e Entrada no Campo

Os primeiros contatos ocorreram cerca de um ano antes da entrada efetiva em campo. O primeiro deles foi com dra. Lúcia, da clínica B, indicada por uma ginecologista-obstetra como uma competente especialista em ultrassom obstétrico. Em seguida contatei dr. Henrique, da clínica A, que me foi

recomendado nos mesmos termos por um radiologista, meu conhecido de longa data. Na época, ambos me receberam para conversar após o expediente. Dr. Henrique, diferentemente de sua colega, discorreu longamente sobre a especialidade, contou casos e teceu críticas a certos usos – e, no seu entendimento, abusos – da aplicação do ultra-som à gravidez. Nas duas vezes iniciei a conversa perguntando pela 'rotina' do exame na gestação. *A posteriori*, dei-me conta de que já nesses primeiros contatos surgiu uma diferença de atitude que emergiu como padrão ao longo da etnografia, vinculada à questão de relações de gênero no campo: os médicos sempre se mostraram muito mais prolixos do que suas colegas. Para além desse aspecto, as longas explicações e 'palestras' informais apontaram para o fato de que meus informantes estavam mais acostumados a serem *eles* os decodificadores de imagens e enunciadores de 'verdades' do que objeto de uma observação que permitiria produzir um texto etnográfico *sobre* eles e sobre as verdades produzidas *por* eles.

Cerca de um ano depois desses primeiros contatos, iniciei a observação na clínica A, semanalmente, nela permanecendo por três meses. Nesse período acompanhei em especial dr. Henrique, o preferido pelas gestantes e referência principal desta clínica para os exames obstétricos, embora outros profissionais também os realizassem. Em parte em virtude da dúvida acerca do quanto certas práticas seriam exclusivas dele, por singularidades pessoais, resolvi mudar o escopo da etnografia, como já disse, estendendo a observação para outras clínicas privadas.

O contato com dr. Sílvio, dono da clínica C, ocorreu por intermédio de dr. Henrique, algum tempo após o início do trabalho de campo. Como o contato com a clínica B já havia sido estabelecido, a rigor foi a obtenção dessa permissão para observar a clínica C que emprestou à etnografia seu contorno definitivo. Ao telefone, ele aceitou que eu acompanhasse exames em sua clínica, pois dr. Henrique lhe teria dito que eu "*só assistia e tomava notas*"; nesse contato, fez ainda questão de me dizer que foi "*o primeiro a fazer ultra-som no Rio de Janeiro*" e pediu que trouxesse um jaleco. Na primeira vez que fui à clínica, para que ele assinasse o projeto da pesquisa,[2] ele me recebeu em trajes de centro cirúrgico e me reconheceu de reuniões da qual participara muitos anos antes com alguns psicanalistas. Conversamos sobre a pesquisa e, sabedor de que eu observara a clínica A, disse: "*Aqui você vai observar uma situação completamente diferente de clínica de convênio, os exames levam uma hora ou mais...*", o tom de sua fala conotando 'aqui você vai ver como é que se faz de verdade, para valer'. Na despedida, indicou-me às atendentes, dizendo-lhes que eu freqüentaria a clínica. Muito receptivo, satisfeito em mostrar sua clínica e seu renome profissional, de modo análogo às

explicações científicas já mencionadas, esse conjunto de atitudes denotou um outro modo de delimitação e reafirmação de posição dentro das relações de poder no campo. A noção veiculada por ele, de que *ali* eu teria acesso à 'coisa certa', de um ponto de vista de protocolos científicos, sugeria uma tentativa de direcionar meu olhar para um campo no qual *ele* seria o detentor de conhecimentos e de uma posição privilegiados – como médico, dono da clínica e precursor da especialidade no Rio de Janeiro.

As clínicas

Alguns detalhes da decoração das três clínicas, assim como os espaços de circulação e das salas de exames, eram significativamente diferentes e remetiam claramente ao nível socioeconômico da clientela atendida. Em termos do nível de especialização e proficiência dos profissionais, as três clínicas se equivaliam e, do ponto de vista técnico, eram igualmente bem conceituadas entre ginecologistas e obstetras. A descrição extensa e detalhada das clínicas que se segue visa contextualizar a observação e, também, mantê-la "abert[a] à interpretação acadêmica (e à reapropriação pelos nativos)", como apontaram Codere & Hymes nesse tipo de abordagem (Clifford, 1998: 239).

Os donos das clínicas B e C foram os primeiros profissionais que se estabeleceram na área de ultra-som no Rio de Janeiro. O dono da clínica A investe pesadamente na aquisição de equipamentos de última geração em diversas tecnologias de imagem médica e representaria, por assim dizer, o 'futuro' em termos de diagnóstico por imagem no Rio de Janeiro. De certo modo, sua credibilidade repousa parcialmente neste aspecto, em contraste com a autoridade mais calcada no peso da 'tradição', das clínicas B e C. A preocupação em estarem atualizadas, com a compra de equipamentos cada vez mais sofisticados, é comum nas três unidades, que investem grandes somas neste sentido. A clínica B é uma filial modesta de uma grande clínica de ultra-som, em cuja matriz – localizada na Zona Sul da cidade – estão os equipamentos mais modernos.

A clínica A, denominada 'A'-mulher, conforme explicitado no nome destinava-se exclusivamente à clientela feminina: realizava ultra-som ginecológico e obstétrico, mamografias e densitometrias ósseas, sendo um setor destacado de uma clínica de imagem. Na época em que foi desenvolvida a etnografia, encontrava-se em um grande *shopping*, na mesma área das lojas, e a fachada da clínica era facilmente confundida com as outras: envidraçada, com portas de vidro com o logotipo pintado.[3] A sala de espera era ampla e na entrada havia um aparelho para retirada de senhas, ordenando o atendimento. À esquerda da

entrada, existia uma bancada com três computadores e recepcionistas com crachás, uniformizadas. Atrás delas, em um grande nicho na parede, viam-se máquinas eletrônicas de cobrança de cartões de crédito. O chão era de granito polido e as cadeiras em série, fixadas ao chão, totalizavam cerca de trinta lugares. Havia uma TV de vinte polegadas permanentemente ligada e revistas de 'celebridades', como *Caras*, *Quem*, *Ricos e Famosos* e congêneres, em mesinhas de canto.

Duas das paredes dessa sala eram envidraçadas, permitindo que se observasse o movimento dos corredores do *shopping* e vice-versa, como se os que aguardassem atendimento estivessem dentro de uma vitrine. O conjunto todo evidenciava os cuidados de um decorador, criando um ambiente asséptico e impessoal que tanto poderia ser uma recepção de banco como de companhia aérea: não havia nenhuma indicação evidente de que se tratasse de uma clínica para exames. Mesmo o logotipo da clínica, lembrando uma marca de grife, não podia ser imediatamente associado a nenhum símbolo indicativo de atividade médica. Passando-se a porta de vidro que separava a sala de espera da área de exames, havia dois corredores paralelos. No da esquerda estavam a sala do aparelho de ultra-som 3D de última geração e as duas seguintes, com aparelhos mais antigos, além de uma quarta sala onde eram realizados exames de densitometria óssea. Em frente às portas das salas existiam dois banheiros e uma fileira de quatro vestiários pequenos; no final deste corredor encontrava-se a sala de laudos, bastante acanhada, se comparada com os outros espaços da clínica.

A 'assepsia' da decoração era coerente com as idéias *high-tech* e de cientificidade que se constituíam como valores centrais para os profissionais dessa clínica. A distribuição dos espaços suscitava algumas questões relativas à privacidade oferecida para a troca de roupa das gestantes, e a exigüidade e o relativo desconforto da sala de laudos remetiam a um certo grau de desvalorização dos profissionais, tema que mais tarde surgiu na reclamação de uma das médicas, à guisa de 'cooptação' e de cumplicidade comigo.

A clínica B situava-se em um prédio comercial modesto na Zona Norte do Rio. A sala de espera era pequena, com uma TV de dez polegadas, sempre ligada, de cor e imagem instáveis. Na parede encontravam-se pendurados quadrinhos reproduzindo aquarelas com paisagens de Paris. Na bancada da recepção havia um computador e uma atendente. Atrás dela existiam máquinas manuais para emissão de boletos de cartão de crédito, diversas pastas e, na parede, um cartaz: "*Vendemos fitas de VHS*". Os bancos eram em alvenaria, com encosto pregado na parede; em um canto havia revistas de 'generalidades', como *Veja*, *IstoÉ*, *Casa Cláudia*. Ao entrar na clínica, à direita, estava a porta de acesso para um pequeno corredor que levava às salas de exames e à sala de

laudos, que era ampla e preenchia diversas funções: nela, profissionais e atendentes faziam refeições, preparavam os laudos, agendavam exames, discutiam casos com outros médicos pelo telefone, trocavam de roupa e fofocavam. Por acaso, só havia mulheres nessa clínica durante o período em que realizei a observação.

A multiplicidade de funções dessa sala, permitindo uma razoável mistura de atividades, era coerente com o aspecto mais marcante dessa clínica: a inexistência de qualquer tipo de isolamento acústico entre os diferentes compartimentos, provocando uma confusão de sons análoga à mistura de atividades da sala de laudos, apesar do cartaz ali afixado solicitando que se falasse baixo. Essa situação se devia ao modo como os espaços da área de exames haviam sido distribuídos: parece ter sido originalmente um único recinto que foi subdividido *n* vezes, com divisórias de eucatex, às vezes de modo oblíquo; excetuando a sala de laudos, todos os outros espaços eram exíguos, fechados com portas sanfonadas. Das duas portas de madeira – a da sala de laudos e a do corredor dos exames –, uma estava despencando.

O consultório tinha relativo conforto, mas era muito mais modesto do que a clínica A, correspondendo ao padrão socioeconômico da clientela, bem abaixo do da primeira. A aparelhagem tinha, à época, mais de cinco anos de fabricação, o que, traduzido em termos nativos, claramente significava 'ultrapassados', ou quase. A inexistência de isolamento acústico produzia uma situação de praticamente total falta de privacidade, a não ser que se sussurrasse todo o tempo. A ausência de um espaço bem delimitado para as gestantes trocarem de roupa apontava para a mesma questão. Estas características, associadas à decoração modesta da sala de espera e ao tempo destinado a cada exame, produziam a impressão de que ali havia um atendimento 'de massa'.

A clínica C estava localizada em um prédio comercial de alto luxo e só atendia clientes particulares; logo na entrada havia uma placa indicando que a clínica de ultra-som estava vinculada a uma de reprodução assistida. Entrava-se por um longo corredor com grandes quadros da fotógrafa Anne Geddes, com fotos características de bebês gordinhos, 'fofos', trajados de flor, abelhinhas e congêneres, e desembocava-se em um balcão perpendicular ao corredor, com alguns computadores e atendentes. Para a direita e para a esquerda da recepção se enfileiravam pequenos compartimentos separados por vidros, como 'minissalas' de espera, cada uma com capacidade para quatro pessoas sentadas, com bancos de alvenaria estofados e revistas 'materno-infantis', como *Seu filho e Você*, *Pais e Filhos* e outras que tais. A parede oposta à entrada de cada 'casulo' era envidraçada, com uma vista absolutamente deslumbrante da paisagem à volta. Neles, o teto era rebaixado, as paredes pintadas de cor salmão

até oitenta centímetros do chão e, daí até o teto, amarelo-claro. O estofamento misturava essas cores. Havia uma certa saturação visual no ambiente; possivelmente o intuito original era torná-lo 'alegre' e 'aconchegante'. Tal como na clínica A, também aí percebia-se o 'dedo' de um decorador, embora de gosto – a meu ver – um tanto duvidoso. Para a direita, o corredor dos 'casulos' desembocava no das salas de ultra-som, uma de cada lado, ambas muito amplas e confortáveis e com aparelhagem de última geração. Na menor delas chamava a atenção, afixado à parede, um grande quadro imantado contendo cerca de uma centena de fotos de bebês, das mais variadas idades, muitos gêmeos e trigêmeos, em uma evidente referência ao vínculo com a clínica de reprodução assistida. Apenas um bebê era negro.[4] No final desse corredor encontravam-se dois grandes toaletes e a pequena sala da administração. O ambiente geral evidenciava os dois valores centrais que norteavam as atividades ali desenvolvidas: tratamento *VIP* privativo, 'personalizado', 'aconchegante', e tecnologia de ponta – tanto a de imagem quanto a relativa a novas tecnologias reprodutivas.

O aspecto principal que saltava aos olhos na comparação da 'coreografia' e da arquitetura das três clínicas consistia na movimentação dos atores e na distribuição de espaços que propiciavam o direito à privacidade. O conjunto 'coreografia-cenografia' sugeria como que um 'gradiente' decrescente cujo ponto máximo seria a clínica C, com suas salas de espera individuais, e o ponto mínimo a clínica B, sem isolamento acústico algum. A clínica A, neste particular, ocuparia uma posição mediana. Esse 'direito à privacidade' também era evidenciado pelo espaço destinado à troca de roupa das gestantes: na clínica C, nos dois grandes toaletes estavam disponíveis chinelos e aventais de pano para as clientes. Uma vez trocada a roupa, a gestante dirigia-se diretamente para a sala de exames, onde já estava sendo esperada pelo profissional. Na clínica A havia os pequenos vestiários individuais nos quais as gestantes deveriam permanecer até serem chamadas pela atendente; dirigiam-se então para as salas de exame, onde aguardavam a chegada do médico. Na clínica B existia um pequeno nicho sem porta dentro de uma das salas, no qual a gestante poderia se trocar, e tudo acontecia ao mesmo tempo, sendo comum a médica e eu entrarmos e a gestante estar ainda se despindo e colocando o avental, teoricamente descartável. ('Teoricamente', porque havia ali apenas *um* avental pendurado, de material descartável.) O mesmo 'gradiente' – C, A e B – ocorria no tocante ao grau de sofisticação da aparelhagem e ao tempo disponibilizado para cada exame.

Outra diferença observada entre as três clínicas dizia respeito à relação hierárquica entre profissionais, pacientes e observadora. Nas clínicas A e C, as gestantes costumavam dirigir-se aos profissionais e a mim utilizando 'você'.

Na clínica B, o termo em geral utilizado era 'senhora'. Contudo, considerando o universo etnografado como um todo, é possível afirmar que as similaridades entre diversos comportamentos dos atores – médicos, médicas, gestantes e acompanhantes – eram maiores do que as diferenças. Essas semelhanças, expostas adiante no material etnográfico, evidenciaram a existência da construção e da cristalização, em curso, de uma cultura compartilhada no tocante à gravidez, do ponto de vista tanto da medicalização quanto da visualidade. Essa cultura compartilhada, sua construção, manejo e, sobretudo, seus significados tornaram-se, assim, um dos focos mais importantes deste estudo.

Reflexões sobre a Subjetividade e a Posição do Etnógrafo em Ambiente Médico[5]

Antes de prosseguir com a apresentação do material empírico, é necessário aprofundar e elaborar algumas questões que atravessaram toda a produção da etnografia, algumas desde o início do trabalho de campo. O pressuposto básico reside em que a presença e a subjetividade do observador em campo são obrigatoriamente parte integrante da observação, assim como da escrita etnográfica. Por esse motivo, é essencial discutir esses elementos para que os chamados 'dados' etnográficos sejam 'lidos' em conjunto com o contexto de sua elaboração. O primeiro ponto que se apresentava dizia respeito à minha inserção no campo, do ponto de vista da formação profissional. Como ocorre em qualquer processo de pesquisa, ao longo do tempo que permaneci nas clínicas, as indagações foram mudando à medida que construía uma identidade como pesquisadora.

Começando pelo problema que inicialmente me ocupou, o de buscar um olhar antropológico em ambiente médico sendo graduada em medicina, existem ainda outras particularidades relativas ao estranhamento necessário à análise do material. Pelo fato de meu pai ser médico, radiologista, as imagens radiográficas e uma noção, mesmo que incipiente, de 'transparência' do corpo humano estiveram presentes em minha vida desde muito cedo, fazendo parte da construção do meu olhar em termos de cultura visual. Anos depois, cursei medicina, o que resultou por produzir dois níveis distintos de familiaridade com o universo etnografado: o primeiro, quase intrínseco, relacionado à construção cultural do corpo e do meu olhar, e um segundo, vinculado ao conhecimento da medicina. O fato de ser psiquiatra e psicanalista com relativa freqüência foi alvo de comentários e motivo de determinadas reações de meus informantes.

Contudo, esta identidade profissional, mais especializada, pareceu-me secundária no contexto da duplicidade entre as identidades como médica e como etnógrafa. No decorrer da pós-graduação voltei-me para a investigação de aspectos relacionados à visualidade, ao uso de tecnologias visuais em medicina com a conseqüente 'transparência' do corpo, e à própria medicina. A proximidade com aspectos constitutivos do campo que me propunha a observar de um ponto de vista antropológico era, assim, um grande desafio, em termos de "disciplinar o olhar, manter a distância" (Latour & Woolgar, 1997: 27).

Meu primeiro 'aliado' na possibilidade de manter alguma distância residia na quase total incapacidade – desde os tempos de graduanda do curso médico – em decodificar as imagens sobre as quais meus informantes trabalhavam e com as quais interagiam cotidianamente. Segundo DaMatta,

> (...) [S]ó se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social (...) vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa (...) *transformar o exótico no familiar* e/ou *transformar o familiar em exótico*. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e (...) uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los. (DaMatta, 1978: 28) (Ênfases originais)

O primeiro passo, portanto, ao abordar meu campo de pesquisa consistia em transformar o que me era bastante familiar em 'exótico', de modo a poder torná-lo objeto de estudo e, em seguida, fazer o caminho de volta transformando esse exótico em familiar em outro nível, por meio de tradução para uma linguagem antropológica.[6] O trânsito entre as duas esferas distintas em termos epistemológicos e práticos esteve presente todo o tempo durante o trabalho de campo e operou em diversos níveis, dos mais concretos aos mais abstratos. Do ponto de vista prático, a 'iniciação' prévia na medicina, além de propiciar contatos pessoais entre os especialistas em imagem, facilitou a minha aceitação e a entrada no campo.[7] Os médicos pareciam me ver como 'nativa', pois mesmo informando-os que me propunha a uma investigação antropológica, freqüentemente empenhavam-se em me fornecer explicações de cunho especializado, 'de colega para colega'.

Em um plano mais abstrato, essa atitude 'didática' deles resultou em uma espécie de aprendizado paralelo, à minha revelia, tendo como fruto a modificação efetiva na minha [in]capacidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas que eram exibidas na tela do monitor. Aos poucos, involuntariamente, as imagens tornaram-se mais familiares para mim, e tal mudança passava a obscurecer a estranheza do fato de como diferentes manchas cinzentas eram 'subjetivadas'

pelos atores. De início, a situação me preocupou, pois a incapacidade em compreender as imagens era a minha principal ferramenta para obter o distanciamento de que necessitava. À medida que prosseguiu o trabalho, contudo, percebi que o fato de conseguir, mesmo que precariamente, entender sozinha o que estava sendo visto na tela permitia-me acompanhar em 'tempo real' o que estava sendo decodificado pelo médico e, assim, passar a focar a atenção nas estratégias discursivas ou visuais do operador para, por exemplo, dar ou evitar fornecer más notícias à gestante. Monteiro refere experiência semelhante: ao se familiarizar com as imagens de cateterismo sobre as quais seus sujeitos de pesquisa trabalhavam cotidianamente, tornou-se mais rápida nas anotações e passou a focar a atenção em outros aspectos das interações entre os atores (Monteiro, 2001).

Em alguns momentos, eu percebia estar demasiado interessada em questões médicas em si e que precisava disciplinar essa curiosidade: afastando a medicina como foco de interesse, abria a possibilidade de observar as situações de um ponto de vista antropológico. Duas atividades eram o principal modo de retomar a distância: o ato de tomar notas durante as observações e a posterior construção dos relatos. Essa última, em especial, me permitia resgatar o foco da observação. A oscilação entre duas identidades profissionais foi constante e constitutiva do trabalho, como não poderia deixar de ser. Em várias ocasiões, utilizei-me conscientemente da familiaridade com o discurso médico e da minha curiosidade genuína sobre temas da medicina como estratégia para estabelecer um contato menos formal e – por que não dizer – menos persecutório para os profissionais. Esse comportamento era bem recebido pelos meus informantes e reduzia eventuais inquietações sobre "*o que você* tanto *anota?*" no meu caderno de notas.[8] Usava um fichário de tamanho mínimo, repondo folhas após cada dia de observação, porque a capa dura oferecia apoio para que eu tomasse notas – o que em geral acontecia de pé, durante os exames – e também porque isto permitia que as folhas com os registros diários fossem arquivadas separadamente.

Conforme assinala Geertz (1984), um aspecto essencial necessariamente presente em uma etnografia repousa na interpretação do que está sendo focalizado. Para tal, é necessário conhecer-se e entender os elementos que se apresentam, decodificando seus significados para o grupo em questão. Nesse sentido, estar familiarizada com a cultura médica e com o jargão corrente entre os profissionais foi facilitador para a elaboração da etnografia e poupou um tempo precioso de aprendizagem da 'língua nativa'. Foi como se eu 'pulasse' uma etapa de iniciação na cultura do universo etnografado. Esta se deu, em um segundo momento, por meio do treinamento involuntário do meu olhar. De acordo

com Becker & Geer, erros de interpretação sobre o teor do material fornecido pelos informantes estão calcados no fato de que "freqüentemente não entendemos o que não estamos entendendo e assim ficamos propensos a cometer erros ao interpretar o que nos é dito" (Becker & Geer, 1978: 77). Sentia-me segura de estar entendendo meus informantes por seu próprio ponto de vista, sendo este o lado positivo de ter uma formação médica buscando uma visão antropológica naquele ambiente. Em contrapartida, era um fator problemático por dificultar o estranhamento necessário à elaboração da etnografia.

Na clínica A, acompanhando dr. Henrique, fui sempre introduzida nas sessões ultra-sonográficas de modo muito informal. Nas clínicas B e C, por ter sido pedido que usasse jaleco para observar os exames, considerei necessário explicitar para as gestantes o que fazia na sala, anotando. A partir desse ponto, passei sempre a conversar brevemente com as gestantes na sala de espera, tanto da clínica C quanto da B, sobre o que estava pesquisando. Pedia-lhes autorização para acompanhar o exame e explicava o que significava o tomar notas; lamentei não ter tomado essa atitude na clínica A.

O aspecto digno de reparo foi que, em geral, as gestantes se surpreendiam com o meu pedido de permissão para assistir ao exame. Apenas uma vez a gestante recusou, mesmo assim pedindo muitas desculpas e alegando encontrar-se em um momento delicado. Exceto ela, nenhuma grávida pareceu considerar a minha presença como invasão de privacidade, provavelmente por o exame conter de modo intrínseco uma 'naturalidade' de expor suas entranhas. Essa naturalização evidenciava-se também na não-percepção, pelos médicos, da minha presença como possivelmente invasiva para as gestantes, fato que interpretei como reflexo de sua atividade cotidiana: devassar o interior dos corpos.

Na clínica A, desde o início notei que os profissionais se sentiam mais desconfortáveis com minha presença, na sala de ultra-som e na de laudos – entre os exames –, do que as gestantes. Durante as sessões ultra-sonográficas esse desconforto era expresso de modo muito sutil, perceptível por meio de demasiadas explicações científicas supostamente fornecidas à gestante, mas evidentemente dirigidas a mim, pois observei que à medida que o tempo passou elas diminuíram, denotando que seu exagero estava vinculado à 'novidade' da presença de uma observadora. Na sala de laudos, o desconforto se manifestava sempre sob a forma de brincadeiras, diretas ou indiretas. Pelo fato de haver longos intervalos entre os exames, meu convívio com os profissionais dessa clínica foi mais prolongado do que nas outras duas. Estes mantinham entre si um relacionamento muito bem-humorado, sendo comum haver troças, piadas e gozações recíprocas, nas quais fui logo incluída. Assim como o descrito por Geertz em Bali, também ali "ser caçoado [era] ser aceito" (Geertz, 1989: 282).

Conjugando estes três aspectos – contato mais prolongado, explicações e brincadeiras –, fica claro por que há mais exemplos interpretados por mim como desconforto advindos desse grupo.

As manifestações diretas de mal-estar pela minha presença consistiam em dizerem rindo, no meio de uma conversa: "*Ih! Cuidado com o que* ela *vai pensar da gente! Um bando de malucos!*" Nesses momentos, eu entendia que estava sendo vista efetivamente como alguém de fora do grupo, embora fosse um tanto vago em qual categoria me inseriam, se psicanalista ou antropóloga – assim como qual das duas percepções provocava maior desconforto neles. Essa noção um tanto confusa sobre o que eu estava fazendo lá também surgia sob a forma de colaboração, como:

> Logo que chego, dr. Henrique me cumprimenta dizendo: "*Puxa, você perdeu! A descompensação de um pai quando soube o sexo! A clínica parou!* Aquilo é para analisar. *Tive que parar o exame, dizer 'Pera aí'... Parecia jogo de futebol! O cara berrava feito um louco!*" Dra. Ana entra na sala e comenta: "*Puxa! Um exame (...), o pai deu um berro, eu até saí para ver (...)! Você* tinha que estar aí! P'ro teu trabalho..." (Clínica A)

Por vezes surgiram manifestações indiretas de inequívoco caráter persecutório:

> Sentada em um canto, ocupada tomando notas, presencio uma conversa sobre um panetone que dr. Henrique dera para dra. Priscila e que ficara na prateleira de uma semana para a outra porque esta não o levara consigo. O médico diz, brincando, que vai pegar de volta e alguém ri: "*Panetone? Isso não é panetone coisa nenhuma!* Isso é uma câmera escondida!" [Risadas gerais.] Ele completa no mesmo tom gaiato: "*Mas isso é* antiético! Tinha que ter aquele cartaz 'Sorria, você está sendo filmado'! *Vou processar..*." Continuo anotando, agora o episódio. (Clínica A)

Na clínica A, acompanhava em especial dr. Henrique, embora observasse, por vezes, outras médicas. Percebi que elas eram mais silenciosas durante a realização dos exames, e me perguntei acerca da possibilidade de ele estar se exibindo para mim.[9] Ao longo do tempo, comparando as atitudes de médicos e médicas nas clínicas B e C, consolidou-se a impressão de que, para além das peculiaridades pessoais, havia uma questão de gênero atravessando o campo. Via de regra, as profissionais mantinham atitudes aparentemente mais relaxadas, menos tensas, e exibiam menos 'conhecimentos científicos' durante os exames do que seus pares masculinos, embora depois tivessem se confessado

tensas com a minha presença. Já os médicos declararam o oposto: "*Eu* até *gosto!*", disse-me um deles, embora minha impressão fosse justamente contrária. Pelo prisma das relações de gênero, os médicos pareciam apelar para os conhecimentos científicos para demarcar uma posição de poder. Por exemplo, na clínica C, durante os exames ocorria um tipo de conversa entre dr. Sílvio, gestante e acompanhantes em torno de questões médicas que evidenciava a preocupação dele com o fato de que o exame se constituísse mais como procedimento científico do que como 'evento social' – um dos fantasmas temidos e depreciados pelos profissionais da área. Na prática, contudo, não deixava de ser um evento social, apenas revestido do que designei, para meu uso, de uma 'medicalidade explícita'. Refiro-me assim a um tipo de explanação fornecido às gestantes em tom solene, professoral, um discurso rebuscado com muitos termos científicos, no qual, mesmo familiarizada com os termos do campo, me perdia. Pergunto-me se as gestantes e acompanhantes entendiam e se tranqüilizavam com elas. A rigor, pareceu-me que essa atividade era sobretudo 'exibição de conhecimentos' para todos os presentes na sala, eu incluída, e funcionava como reasseguramento principalmente para o próprio médico.

Na clínica A, as gestantes pareciam não atentar para a minha presença. Apenas algumas vezes percebi que me observavam de esguelha enquanto tomava notas, vestida '`a paisana', e só eventualmente perguntavam o que eu estava estudando. Um aspecto a ressaltar é que, no universo observado, as imagens ultra-sonográficas exercem um poder quase 'hipnótico', sendo difícil para todos despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente nas clínicas A e C). As imagens polarizavam o olhar de todos os presentes na sala de exame. No início do trabalho de campo, por diversas vezes dei-me conta do quanto era difícil desviar a atenção do monitor, sendo necessário me disciplinar para não ser 'cooptada' pela cultura nativa, magnetizada pelas imagens, e conseguir focalizar a observação nos discursos, interações e negociações que ocorriam incessantemente. Assim, parecia-me que, para as gestantes, o fato de eu estar na sala tinha um caráter secundário.

Contudo, um dia, nessa clínica, em uma situação tensa com uma possível patologia, percebi que o fato de eu me encontrar ali poderia acrescentar apreensão para a grávida, por eu ser visivelmente mais velha que dr. Henrique e de ter sido apresentada por ele como "doutora *Lilian*". Naquela circunstância a minha presença podia estar significando para ela algo como uma 'segunda opinião médica', 'mais abalizada' sobre o assunto do que a dele. Ao perceber isso, sempre que se evidenciava alguma ocorrência similar eu parava de tomar notas e dava a entender, implícita ou explicitamente, que minha observação não se vinculava a motivos 'médicos'. Nas clínicas B e C, em que, vestindo jaleco, passei a explicar

a pesquisa e a pedir autorização às gestantes para assistir ao exame, ou seja, ao me posicionar explicitamente como etnógrafa, tal situação nunca existiu. Ainda assim, em momentos de tensão – com a descoberta eventual de patologias fetais, por exemplo –, em respeito à grávida deixava as notas para depois, pois parecia-me uma atitude inadequada em tais situações prosseguir imperturbável fazendo anotações como se nada de mais estivesse acontecendo.[10]

Um último fator evidente de interferência no campo foi o minifichário de notas. Inicialmente tomava notas ao chegar em casa, mas diante da variedade e da quantidade de informações, assim como da rapidez com que as situações se sucediam, a partir do terceiro dia de observação na clínica A optei por mudar o método. Senti que a única saída era tomar notas no 'local da ação', sob pena de empobrecer muito a etnografia. Nas três clínicas, meu fichário minúsculo foi sempre uma fonte inesgotável de curiosidade, comentários e gozações por parte de médicos, médicas e atendentes. As reações variavam desde perguntas 'ameaçadoras' em tom brincalhão do tipo "*O que você* tanto *escreve aí? Vou querer ver...*" até a mais recorrente de todas: "*O que você vai fazer com essas anotações? Dá* mesmo *pra extrair alguma coisa daí?*" Eu costumava responder que fazia relatos reconstituindo o que tinha visto e que esperava sinceramente poder 'extrair alguma coisa daí'. De algum modo meus informantes captavam um problema central de qualquer etnografia: a transformação das notas de campo em um texto etnográfico.

A perturbação provocada pela minha atividade de anotar pode ser compreendida como sendo resultado da explicitação do que eu estava fazendo ali. Estar quieta observando era uma coisa, anotar o que se passava era outra. As anotações por assim dizer 'encorporavam' a atividade etnográfica e a intrusão. Os profissionais mantinham uma atitude ambígua em relação a este último aspecto em particular, pois apesar do evidente incômodo provocado pela minha atividade de registro, diversas vezes fui inquirida por eles por que não filmava ou usava gravador. Possivelmente o uso de um dispositivo de registro mecânico, para eles, habituados à tecnologia, seria mais familiar, mais 'neutro', 'objetivo' e menos incômodo. Para mim, contudo, o sentido de invasão contido no uso de um dispositivo mecânico era exatamente o oposto.

Organizei os relatórios de observação no computador de maneira modular, divididos entre as observações das sessões ultra-sonográficas, uma a uma, e um diário de campo à parte, adotando a prática de, por uma vez, na observação seguinte, trazer para o(a) observado(a) a cópia do relato de um dos exames. Todos eles ficavam muito satisfeitos com esse procedimento e muitos se surpreendiam: "*Nossa! Como você vê tanta coisa acontecendo!*"; ou então: "*A gente fica só ali procurando imagens,* nem repara *nisso tudo que você viu.*"

Um dia, dr. Sílvio pediu-me o relato de certo exame que fora particularmente difícil, pois pretendia discutir a situação com a equipe, o que me possibilitou retribuir a acolhida que estava recebendo. O pedido do médico – a quem eu já havia fornecido a narrativa de uma sessão, anteriormente – validou que parte da "dificílima transformação" (Pratt, 1986: 32) do trabalho de campo – mediado pelas notas – em etnografia formal encontrava-se em curso. Percebi então que estava sendo vista como alguém que trazia um outro olhar de alguma 'utilidade' para os profissionais, ao lhes propiciar a possibilidade de desenvolver uma reflexão sobre sua própria prática. Vale observar que 'ter utilidade' é um atributo bastante valorizado no campo médico em geral, e meus informantes não escapavam à regra. Atividades 'apenas' reflexivas e analíticas – como, por exemplo, a observação etnográfica – eram bem menos respeitadas e, eventualmente, sutilmente depreciadas por eles.

As relações de poder estabelecidas no campo tinham um caráter dinâmico e cambiante. Dependendo do momento e da situação, mudava o ator 'detentor' do poder, havendo áreas, por assim dizer, de concentração deste. O profissional que realizava o exame era quem o concentrava na maior parte do tempo, em razão de estar investido do poder médico, mas principalmente por ser quem tinha o olhar treinado para decodificar e traduzir as imagens do monitor. Contudo, não apenas muitas vezes as gestantes 'aprendiam' a ver, decodificando sozinhas o que estava sendo exibido na tela, como, a partir do momento em que certas estruturas do feto eram identificadas e explicadas pelos médicos, preenchendo de significado as sensações maternas, as grávidas eram 'empoderadas' (*empowered*) e se sentiam de alguma forma 'mais donas' de seus fetos. Além desse aspecto, com freqüência as gestantes ou acompanhantes solicitavam que fosse exibida determinada parte do corpo fetal – em especial a genitália – em tons que variavam de 'pedidos' até verdadeiras 'ordens' que, via de regra, os profissionais se apressavam em atender: as razões de mercado aí se impunham. Em conjunto com isso, tal situação parecia sofrer algum tipo de abalo quando eu me encontrava na sala, pois, analogamente aos ultra-sonografistas, de modo implícito dispunha-me a *também* decodificar algo que ali se passava, 'ver' nos gestos, imagens, interações e falas algo que não era visível de imediato. Isso pode explicar em parte o desconforto deles com minha presença.

Diferentemente do relatado na literatura antropológica estrangeira sobre o tema, na qual comumente as gestantes declaravam sentir-se devassadas e submetidas pelo poder médico, no grupo etnografado essas relações fluíam de modo harmônico. É possível que nesse universo o poder médico tenha sido de tal modo 'naturalizado' no tocante à gestação que os profissionais de ultrasom, 'permitindo' às gestantes 'ver' seus fetos e, desse modo, 'se apropriarem'

deles, passaram a ser vistos como 'aliados' das mulheres, mais do que seus próprios obstetras. Conforme relatou dr. Henrique: "*Já houve paciente que me disse: 'meu médico é você, que me mostra o neném... o obstetra só mede, me pesa, e mais nada...'* "(Clínica A).

O contexto mais amplo da medicalização da gravidez e o conseqüente devassamento do corpo feminino podem explicar, em alguma medida, o espanto e a pronta anuência das gestantes diante da minha solicitação para assistir aos seus exames, indicando que o pressuposto básico seria de que o interior de seus corpos estivesse, por princípio, disponível para ser visto por quem estivesse na clínica. O fato de me apresentar como médica, realizando uma pesquisa antropológica, e de ser mulher, com idade para ser mãe da maioria delas, possivelmente contribuía para essa aquiescência imediata. Porém, o aspecto que de fato me pareceu inusitado foi menos a pronta aceitação do que o *espanto* manifestado por boa parte das grávidas quando eu fazia tal pedido.

O aspecto certamente incômodo e possivelmente persecutório da minha presença pode ser atribuído a um velado desafio à posição hierárquica do especialista: em vez de estar presente na sala apenas *um* profissional detentor de conhecimentos esotéricos, havia uma observadora, com conhecimentos outros, fora da área médica, além do mais anotando coisas em um misterioso fichário, sabia-se lá para quê.

Notei pouco a pouco que dispunha de várias identidades e, sobretudo, que era assim percebida pelos profissionais com quem convivi. O fato de ser médica, psicanalista e aprendiz de antropóloga foi sendo processado lentamente pelos meus interlocutores e por mim mesma à medida que a pesquisa prosseguia. Gradativamente fui ficando à vontade para transitar entre as várias identidades no campo, o que se dava quando, de uma conversa sobre temas médicos – geralmente a partir de perguntas minhas – passava-se para pedidos de explicação sobre temas de sociologia ou antropologia e mesmo à solicitação de um relato de um exame. Em algumas ocasiões, fui requisitada informalmente para consultas sobre questões pessoais e dramas familiares dos profissionais.

Embora relutante de início, à medida que o trabalho prosseguia fiquei gradualmente mais relaxada quanto a esse aspecto e foi possível deixar os câmbios de identidade fluírem. Tenho certeza de que essa flexibilidade permitiu que meus informantes adquirissem confiança e me fornecessem um material precioso de pesquisa. Como ocorre nas relações que se aprofundam ao longo do tempo, a interação com os profissionais foi multifacetada, e ao mesmo tempo que em determinadas ocasiões percebi neles sentimentos persecutórios, em outras revelou-se uma confiança – evidenciada parte pelo teor de certas revelações, parte pela surpresa e a leve decepção manifestadas sempre que eu

reiterava que os todos os nomes, inclusive das clínicas, seriam mantidos em sigilo – que me surpreendeu.

Embora qualquer análise envolva necessariamente a busca de diversos ângulos para abordagem do ponto em foco, considero que as várias identidades entre as quais transitei ao longo do trabalho de campo contribuíram de maneira marcante para obter uma visão dinâmica do universo pesquisado. Mesmo buscando todo o tempo manter um ponto de vista antropológico, seria ingênuo supor que a formação prévia, especialmente em medicina, não tenha interferido e desempenhado algum papel. Delinear de que modo essa formação esteve presente no decorrer do trabalho de campo e na elaboração do texto etnográfico resulta em construir simultaneamente um pano de fundo para situar o material produzido.

A apresentação do material etnográfico, a seguir, obedeceu à lógica de agrupá-lo distribuído em capítulos cujos títulos correspondem a rubricas relativas aos aspectos mais recorrentes no campo, como já mencionei. As rubricas revelam implicitamente, portanto, determinadas escolhas teóricas intrínsecas e presentes na interpretação do material, cuja origem reside em parte nos aspectos subjetivos explorados acima. Em se tratando aqui de uma abordagem antropológica interpretativa (Geertz, 1984), evidentemente existem diversas outras possibilidades de entendimento do mesmo material, e não se teve nem de longe a pretensão – vã – de esgotá-las.

Notas

1 Existe uma produção brasileira recente de etnografias em ambiente médico (Bonet, 2003; Gonçalves, 2001; Luna, 2004; Menezes, 2000, 2004a, 2004b; Monteiro, 2001; Rojo, 2001). Menezes, em especial, dialoga de perto com o presente livro. Decorrente do fato de termos formação similar, Menezes enfrentou algumas questões muito semelhantes às aqui abordadas. Rojo, em contraste, destaca o fato de "na maior parte do tempo não me [sentir] estudando meu próprio grupo" (Rojo, 2001: 18).

2 Nas três clínicas apresentei o projeto para ser assinado pelo responsável, sendo a seguir submetido ao comitê de ética (CEP) do IMS/Uerj, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Após essa aprovação, eu iniciava as observações.

3 Algum tempo após o término da observação, houve a mudança dessa clínica para outro local.

4 Sobre questões de racialização e etnia vinculadas às novas tecnologias reprodutivas, ver Costa (2003).

5 Este tópico é uma versão condensada do artigo "Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico" (Chazan, 2006).

6 Sobre o exótico e o familiar, ver também o texto clássico de Velho (1978).

7 Sobre as dificuldades iniciais de um pesquisador não-médico em ambiente médico, ver Rojo (2001). Em contraste, Rosana Monteiro assinala a facilidade com que foi aceita em Albany, NY (Monteiro, 2001). O que parece ocorrer é que, dependendo do campo a ser etnografado, mesmo para o observador com formação médica, o acesso pode ser bastante dificultado. Ver Menezes (2004a).

8 Nas vinhetas do campo, usei termos simplesmente destacados sempre que a ênfase era do autor da fala, e quando são de minha autoria encontram-se assinaladas. Editei o mínimo possível o material, como disse na Apresentação, visando preservar ao máximo a vivacidade e a espontaneidade das falas dos atores. Os parênteses (...) correspondem a edições do material; entre colchetes [ ] estão indicações de ações ou comentários meus.

9 A questão em foco consiste na exibição de conhecimentos médicos ‘para a colega’. Menezes comenta aspectos similares em suas duas etnografias (Menezes, 2000, 2004a).

10 Menezes descreve o mesmo tipo de experiência (2004a). Nessas circunstâncias, surge para o pesquisador uma sensação de desconforto por estar presente ali nessa condição, concretizada pelo ato de anotar. Parar de tomar notas teria o significado de, diante de questões literalmente de vida ou morte, colocar em segundo plano, temporariamente, uma questão comparativamente ‘menor’ – a sua própria pesquisa. É impossível avaliar o quanto a formação médica – minha e a de Menezes – modela essa escala de valores, mas ela certamente tem um peso considerável.

4

No Escurinho da Sala de Exames: negociações em torno das imagens fetais

Diferentemente de outras tecnologias de imageamento médico, o ultra-som detém a particularidade de permitir a interação entre o profissional e o cliente, como foi sinalizado na Apresentação. No Brasil, esses exames são sempre realizados por médicos, em contraste com os países nos quais há técnicos especializados para a função. Descrevendo de modo sintético, em um exame desse tipo é o ultra-sonografista quem decide quais estruturas deve focalizar e em quais deve se concentrar à medida que o exame transcorre. Como já vimos, nos termos do próprio campo, trata-se de uma tecnologia 'operador-dependente'. No caso do ultra-som obstétrico, contudo, a situação é bastante singular, e essa interação adquire características que transcendem em muito o aspecto exclusivamente médico do exame.

Além disso, há transdutores diferentes para cada tipo de exame dependendo da via escolhida para obtenção das imagens – pélvica ou transvaginal –, o que, por sua vez, depende da idade gestacional (IG).[1] Conforme explicou-me um informante, uma sonda transvaginal emite sons de alta freqüência, com baixa penetração na matéria, sendo adequada para a obtenção a curta distância de imagens de objetos pequenos. O exame transvaginal permite, por exemplo, uma boa visualização dos ovários. Na gravidez, é realizado até a 14ª semana gestacional, após a qual o feto já está crescido demais para que se obtenham boas imagens por essa via.

A interatividade existente nessa prática é o aspecto formal que articula uma boa parte dos conteúdos do que é produzido como significado pelos atores presentes, que serão objeto dos capítulos subseqüentes. Essa separação entre o aspecto formal e os conteúdos produzidos é bastante artificial; lanço mão dela apenas visando estabelecer uma discriminação analítica para o material do campo. Como não poderia deixar de ser, há diversas superposições nos temas recorrentes que emergiram ao longo da observação. Observei e busquei sistematizar a negociação que ocorre durante sessões de ultra-sonografia obstétrica,

envolvendo o(a) ultra-sonografista, a gestante e eventuais acompanhantes, especialmente em torno das imagens e, eventualmente, dos sons produzidos pela aparelhagem de ultra-som.

Focalizando a atividade dos profissionais, a interatividade propiciada pela sessão de ultra-som coloca em evidência a inerente tensão entre a objetividade e a subjetividade envolvidas nesse tipo de exame, assunto ao qual retornarei no próximo capítulo. Há em geral uma fronteira relativamente marcada entre as duas vertentes, embora se torne, por vezes, pouco nítida. Os profissionais transitam entre os dois pólos durante todo o tempo da sessão ultra-sonográfica. A 'objetividade' estaria representada, em primeiro lugar, pela existência concreta de um embrião ou feto; e pela tecnologia e sua manipulação pelo profissional, proporcionando dados 'precisos', 'técnicos', sobre os estados de saúde fetal e materno. A 'subjetividade' estaria operando em três níveis, qualitativamente diferentes, que se alternam ou coexistem de modo dinâmico.

O primeiro nível seria o da decodificação e o da interpretação, em termos médicos e técnicos, das sombras cinzentas que aparecem na tela do monitor. O segundo nível estaria vinculado a perturbações na rotina do exame motivadas pelos aspectos emocionais mobilizados pela interação gestante-médico no decorrer da sessão ultra-sonográfica. Por fim, o terceiro nível, no qual a subjetividade do profissional se faz presente, consistiria na atribuição de significados e na conseqüente subjetivação das imagens fetais, calcadas necessariamente nas crenças e nos valores dos médicos que executam o exame. Neste nível, gestantes e acompanhantes participam de modo especialmente ativo.

A interatividade possibilita simultaneamente a construção do ultra-som obstétrico como espetáculo e objeto de consumo, o reforço da medicalização da gravidez e da produção de verdades 'científicas' acerca do feto e da grávida, além de ser uma importante ferramenta para a construção de subjetividades e do gênero fetal. Na interatividade observada ao longo da pesquisa, ficou patente o aspecto referido na literatura como antecipação e reforço do *bonding*, como uma atividade desenvolvida deliberadamente pela maioria dos profissionais que acompanhei.

Na clínica A, as ultra-sonografias obstétricas eram realizadas em sua maioria pelo dr. Henrique. Comparando sua atuação com a de outras profissionais dessa clínica, ficou claro que ele conseguia explorar ao máximo as diversas possibilidades oferecidas pelo aparelho em termos de usos da imagem fetal. Na clínica B, uma médica realizava predominantemente os exames ultra-sonográficos gerais, outra atuava nos gerais e obstétricos e a dra. Lúcia – foco principal da observação – só fazia exames obstétricos, por uma opção pessoal. Na clínica C, que não oferecia ultra-som geral, todos os médicos realizavam

ultra-sonografias ginecológicas e obstétricas. Acompanhei ali o dr. Sílvio na maior parte do tempo, embora em algumas ocasiões tenha observado duas outras médicas. Verifiquei que, em geral, ao lado de uma rotina de realização das ultra-sonografias, havia grande maleabilidade de manuseio dos operadores, além de diversas variações possíveis em relação a um protocolo de exame que, embora não fosse rígido, era diferente em cada clínica. No *site* da Sociedade Brasileira de Ultra-Som, até a data de encerramento da pesquisa constava no *link* "Resoluções e normas" o aviso "Breve estarão disponíveis", indicando que até aquele momento a prática de exames encontrava-se relativamente pouco normatizada – ao menos do ponto de vista institucional.

Estabeleci uma distinção entre algumas atuações e estratégias dos profissionais, separando-as em duas categorias. O fato de ser uma tecnologia que permite uma enorme gama de atitudes idiossincráticas impede que se estabeleçam grandes generalizações. Entretanto, percebi certas recorrências passíveis de sistematização, mesmo dentro de uma relativa diversidade de ambientes e meios tecnológicos. Essas categorizações teriam um sentido análogo ao dos tipos ideais weberianos, motivo pelo qual, em primeiro lugar, não podem ser tomados como modalidades estanques ou estáticas e, principalmente, têm como objetivo propiciar a análise de um material bastante denso e multifacetado. Esta explanação torna auto-explicativa, portanto, a existência de interseções e superposições do material do campo. Assim, uma mesma situação pôde ser compreendida por vários ângulos e, portanto, aparece em distintos capítulos.

O primeiro conjunto de atuações corresponderia ao que denominei 'respostas genéricas' dos médicos durante a realização do exame. O segundo seriam 'respostas específicas' a situações singulares. Não pretendo afirmar que exista uma uniformidade ou homogeneidade nas atuações de todos os profissionais observados; porém, cada médico tinha uma abordagem própria, relativamente constante, que era modificada quando se evidenciavam singularidades na situação diante da qual se encontravam.

Chamei de 'respostas genéricas' um tipo de ação que à primeira vista não parecia estar vinculada a uma demanda evidente e que dava a impressão de ser uma prática 'espontânea' ou 'ativa' do médico em relação à gestante. Contudo, optei pelo uso do termo 'resposta' para evidenciar que, a rigor, a 'espontaneidade' ou a 'atividade' correspondem a uma demanda subjacente que, embora presente, não é necessariamente explicitada durante o exame. Esse tipo de demanda implícita é parte do que designei como a 'cultura do ultra-som': um conjunto de suposições e expectativas de grávidas e acompanhantes, fortemente baseado nas e estimulado pelas informações veiculadas principalmente pela mídia, calcado na possibilidade de visualização das imagens fetais;

em outros termos, um modo 'visual' de vivenciar a gravidez, que assim simultaneamente se constitui também como espetáculo. Em suma, as respostas 'genéricas' seriam como que uma reação intrínseca dos profissionais a essa 'cultura de ultra-som' já constituída que, de modo dialético, produziria novos elementos, reforçando-a ou mesmo reconfigurando-a.

Já as 'respostas específicas' correspondiam a determinadas atuações do profissional conectadas com situações singulares ocorridas durante os exames, que podiam se apresentar de modo mais ou menos sutil, demandas e angústias mais ou menos explicitadas. Assim, interpretei algumas ações dos profissionais claramente como 'reações', com uma conotação menos 'espontânea' do que as primeiras. Elas denotavam, sobretudo, a existência de uma 'sintonia fina' dos profissionais com demandas subjetivas das gestantes e dos acompanhantes, ou com algumas circunstâncias do ambiente da sala. Nesse caso, a reação podia surgir de modo não-intencional e, freqüentemente, indesejado, como esquecer de registrar determinados parâmetros em virtude de muita conversa e confusão provocada pelos acompanhantes na sala de exames, por exemplo.

Os dois tipos de resposta – genérica e específica – sempre envolviam conversas e exibição de determinadas imagens do feto. Para dar uma noção de como aconteciam essas respostas, segue-se um cenário da atividade do médico durante a sessão ultra-sonográfica.

Aspectos Relevantes da Rotina do Exame: 'pilotando' os aparelhos

Os profissionais das clínicas etnografadas eram remunerados por 'produtividade' – em outros termos, quanto menor o tempo gasto em cada exame, maior o ganho financeiro do profissional. Esse arranjo coloca em evidência a importância do significado de tudo que se passa durante o exame para além do diagnóstico médico ultra-sonográfico estrito. Na clínica A, os exames duravam em média de vinte a trinta minutos; na clínica B, entre dez e 15 minutos e na C, variavam de quarenta minutos a uma hora, com o tempo multiplicado se fossem gravidezes gemelares. No caso de tri ou quadrigêmeos, o exame era desdobrado, sendo realizado em dois dias diferentes, para não cansar demasiadamente a gestante e o médico.

As salas das três clínicas permanecem na penumbra durante o exame. O manejo da aparelhagem, tanto a mais simples quanto a mais sofisticada,

exige uma razoável capacidade de coordenação de diversas atividades simultâneas – motoras e cognitivas –, bastante distintas. O profissional ‘pilota’ com a mão esquerda o aparelho, que ocupa um espaço significativo da sala de exames e parece um painel de cabine de avião, com numerosos comandos e botões luminosos. Com a mão direita, o médico maneja o transdutor (ou sonda) sobre o abdômen ou dentro da vagina da gestante. À sua frente está sempre um dos monitores nos quais são exibidas as imagens capturadas pela sonda.[2] Além disso, deve decodificar o que vê no monitor, proceder a medições e escrever sobre a imagem que surge na tela os nomes das estruturas identificadas, o que faz digitando em um teclado ou pressionando alguns comandos. Com base nessas medições, a aparelhagem calcula automaticamente diversos parâmetros, tais como peso e altura fetais, freqüência cardíaca fetal e materna, fluxo sangüíneo fetal intracerebral, idade gestacional etc.

No exame de *doppler*, por exemplo, é necessário fazer um traçado sobre uma imagem na tela delineando a curva que representa a pulsação do cordão umbilical e artéria cerebral média do feto ou das artérias uterinas da gestante, o que é executado com a mão esquerda, usando um *mouse* embutido na máquina.[3] É necessário para o profissional, portanto, ao mesmo tempo capturar imagens, decodificar o que está vendo no monitor e identificar as estruturas que são evidenciadas na tela. Em seguida, deve buscar eventuais aspectos morfológicos ou fisiológicos que indiquem patologias. Considerando todas essas ações em conjunto, os pontos que de imediato mais chamaram a atenção foram – ao lado da notável capacidade para desenvolver tantas atividades em paralelo – o quanto de conversa ocorria em cada sessão, além da paciência dos profissionais e da parcela de tempo disponibilizada para a atividade de ‘mostrar o bebê’ para a gestante e os acompanhantes dos mais variados tipos: filhos, parceiros, avós, amigos, parentes.

Respostas ‘Genéricas’ ou a Construção da ‘Gravidez Visual’

‘Mostrar o neném (ou bebê)’ – uma expressão êmica – parecia ser uma rotina nas três clínicas, mas o modo como cada profissional desempenhava a função variava. Na clínica B, a dra. Lúcia costumava inicialmente avaliar os parâmetros diagnósticos em silêncio para, em seguida, de um modo informal e por vezes muito engraçado, apontar com o dedo na tela do monitor algumas imagens do feto para a gestante. Despendia cerca de três minutos assim, encerrando a seguir o exame. Dr. Sílvio, na clínica C, avaliava em silêncio, demoradamente, os diversos parâmetros fetais para depois comunicá-los aos

presentes na sala. Quando se dedicava a ‘mostrar o neném’, fazia-o em tom bastante contido, por vezes um tanto solene. Outra médica nessa clínica – dra. Carla – costumava intercalar a medição dos parâmetros fetais com ‘mostrar o neném’, o que fazia de modo coloquial, criando um clima bastante relaxado durante o exame, mesmo em casos em que existisse alguma patologia fetal, potencialmente provocadora de tensão no ambiente. Dr. Henrique, da clínica A, pareceu-me ser o profissional que transitava de forma mais hábil e ágil entre a parte ‘médica’, estritamente falando, e o espetáculo de ‘mostrar o neném’ para as grávidas, o que propiciava um ambiente de muita informalidade que as gestantes pareciam apreciar especialmente. A comunicação à grávida de diagnósticos desfavoráveis, quando ocorria durante o exame, era feita de modo particularmente cuidadoso por todos os profissionais observados, ora de forma mais lacônica, ora mais prolixa, dependendo das idiossincrasias de cada médico.

Percebi existirem basicamente quatro tipos ou modos de uso da atividade de ‘mostrar o neném’, com objetivos distintos, mas que por vezes se superpunham, conforme ilustram as vinhetas. Tomados em seu conjunto, esses usos parecem ser responsáveis pela construção de consensos entre os atores que resultam em uma valorização acentuada da prática do ultra-som na gravidez.

O primeiro tipo consistia em ‘ensinar a ver’, e era dirigido predominantemente à gestante. Essa atividade ao mesmo tempo estava fortemente calcada na credibilidade e na competência do médico e funcionava como um reforço a elas, quando a gestante e/ou o acompanhante conseguiam finalmente ver o que estava sendo mostrado.

> G: Rá!... Fica difícil... [ver].
>
> Dr. Henrique: [Rindo.] Tem que *acreditar*... [Todos riem.]
>
> P: *Acredito* que aprender japonês é mais fácil... Essas imagens... tem que ralar muito para entender! (Clínica A)

> Dr. Henrique: Olha... fica *aqui* a cabeça! [Aponta o lábio fetal para G, ampliando a imagem.] Ampliei para ver se não tem defeito no lábio.
>
> G: *Só o senhor* pra ver um lábio aí...
>
> Dr. Henrique: [Mostra para P.] Tem que usar a imaginação...
>
> P: Entendi... [Admirado.] Tem que ter um *olho*!... Eu ia ficar *horas* sem estar vendo nada... [Esforça-se para ver.] A mão ‘tá em cima’? [Dr. Henrique responde afirmativamente. Aparece a face do feto, que mexe a boca, e aí todos conseguem ver.] (Clínica A)

Dra. Lúcia, na clínica B, utilizava diversas comparações didáticas, bastante coloquiais, visando tornar as imagens inteligíveis para as gestantes:

> Dra. Lúcia: [Apontando com o dedo no monitor.] A cabeça... a massa cefálica... isso aqui que parece uma borboleta... (Clínica B)

> Dra. Lúcia: Ó o coração... tá vendo? [G sorri, ouvem-se os batimentos cardíacos fetais, a dra. Lúcia busca imagem.] A barriguinha... Ó! Ó! O piruzinho... [mostra com o dedo na tela] a bolsa escrotal e o piruzinho...
>
> P: Os documentos dele...
>
> Dra. Lúcia: Parece uma tartaruga... [De fato parece uma tartaruga de desenho infantil.] (Clínica B)

Já o dr. Sílvio, na clínica C, mesmo com clientes leigos usava freqüentemente jargão médico para 'mostrar o bebê', revestindo suas explicações de um caráter mais científico – e, em certas ocasiões, psicologizado – do que o observado com os outros profissionais. Além de 'mostrar o bebê', era comum explicar como era obtida a imagem. Mais raramente também utilizava comparações didáticas:

> Dr. Sílvio: Aqui a cabeça [imagem do corte cefálico], o topo... [faz um gesto]... como se cortasse a cabeça... o ultra-som não fornece a imagem do bebê como ele é... corta a mãe... corta o bebê... *a imagem do ultra-som 2D corresponde a cortes do bebê*... não confundir com a imagem da face, porque quero ver as órbitas... *ver o neném por dentro... cortando...* Importante: a que corresponde a imagem... não é igual ao bebê, o rostinho, dizem... 'parece uma caveirinha!'... (...) Ó o coração que bonito... pra vocês identificarem, é como uma cruz pulsando ali... (Clínica C). (Ênfases minhas)
>
> Dr. Sílvio: [Explicando ao casal a tecnologia 3D.] O problema do 3D é que não fica bonito porque vem da imagem 2D, e não existe isso de mostrar o bebê completo, porque nunca se conseguem todos os pontos (...). Isso é física. Quando vê em três dimensões, na verdade a imagem é apenas virtual... (Clínica C)

A segunda utilização do 'mostrar o neném' tinha como objetivo a tranqüilização da gestante e/ou dos acompanhantes, mesmo sem que fosse expressada alguma preocupação. As expressões "*Tá tudo ótimo, nota dez pr'esse neném*", "*Tá jóia*" ou "*Tá tudo bem*" eram uma constante quando

não havia patologia fetal, ocorrendo diversas vezes durante um mesmo exame. Outros fragmentos:

> Avó: [Para o dr. Henrique.] Ela estava muito nervosa...
>
> Dr. Henrique: [Mostra.] Olha a mãozinha... tá *tudo* o.k.
>
> G: Sabe que eu tava nervosa?
>
> Dr. Henrique: Mas eu *disse* que tá *tudo* bem...
>
> G: [Reflexiva.] Como pode... a tecnologia... (Clínica A)

> G: O segundo filho a gente relaxa, vou fazer nove semanas... pensei: 'tem que ir [fazer exame], daqui a pouco tá na hora de fazer translucência nucal'... tem que ver se é gêmeos [*sic*]... *e eu só fico tranqüila com a ultra*... (Clínica C) (Ênfase minha)

Os médicos tinham noção clara da importância da palavra, assim como das atitudes que tranqüilizavam as gestantes. Dr. Sílvio comentou uma vez:

> *Tem que dizer* muitas vezes *que está tudo bem. Fiz uma estatística* [ri]*: se eu disser só* duas vezes *que está tudo bem* [durante o exame]*, elas acham que só está 20% bem, se eu disser* cinco vezes*, tá 50% bem. Então tenho que dizer* dez vezes *que está tudo bem. Aí elas saem tranqüilas de que está tudo 100% bem.* (Clínica C)

Uma terceira finalidade do 'mostrar o neném' visava fazer a gestante 'achar bonito' o que via. Os médicos e médicas observados declaravam explicitamente que pretendiam com isso "*melhorar a relação da mãe com o bebê*" e acreditavam que o ultra-som era um bom instrumento para atingir tal objetivo. Dra. Lúcia, da clínica B, mencionou ter assistido no Rio de Janeiro a uma conferência de Stuart Campbell, no início dos anos 1980, na qual ele "*demonstrava o valor do ultra-som no vínculo mãe-bebê*". Dr. Sílvio, da clínica C, partilhava do mesmo ponto de vista.

Dr. Henrique dedicava-se de modo especial a fim de obter o efeito de admiração e apreciação da gestante, despendendo um tempo razoável até conseguir a reação desejada. Diversas vezes tive a impressão de que, sem essa reação da gestante, o exame não estava completo para o médico. A satisfação com a imagem repercutia como se fosse uma admiração pelo próprio profissional: observei que ele redobrava esforços para obter uma 'boa incidência' quando a gestante manifestava desagrado diante das imagens de seu feto – que, diga-se de

passagem, muitas vezes apresentavam um aspecto estranho ou mesmo macabro.[4] Dr. Sílvio não parecia se abalar especialmente com esta questão, reconhecendo explicitamente a bizarrice e o impacto causados por determinadas imagens:

> G: [Nitidamente incomodada diante de uma imagem bem estranha.] Essa foto de baixo é a cara dele toda amassada?
>
> Dr. Sílvio: Não... são as estruturas que estão na frente...
>
> G: Prefiro nem ver essa foto!
>
> Dr. Sílvio: É... eu só guardo quando consigo fotos boas. Eu aborto quando a imagem 'tá ruim... senão, em vez de ajudar, atrapalha.../
>
> G: [Murmurando] /...pesadelo... /
>
> Dr. Sílvio: /...tem colega que acha tudo bonitinho... (Clínica C)

Diferentemente do dr. Sílvio, diante do desagrado manifestado diante da imagem obtida, em geral da face, era freqüente o dr. Henrique focalizar de imediato outras partes do corpo do feto menos sujeitas a apreciações estéticas, tais como pé, mão, coração – sempre apontados e designados com diminutivos – ou o sexo fetal. Ou buscar o perfil, imagem mais facilmente reconhecível e que geralmente despertava reações favoráveis.

> G: Tá toda amassada!
>
> Dr. Henrique: Você já viu quando nasce? É todo amassado mesmo! Tá sem espaço. (...) [Surge na tela a imagem do rosto, de perfil.]
>
> P: [Murmura, rindo, para G.] Nariz feio... teu pai...
>
> Dr. Henrique: Vocês *têm* que achar bonitinha... senão, quem vai achar?... (Clínica A)
>
> Dr. Henrique: Olha que bonitinho...
>
> G: Não acho, não... Narigão! (Clínica A)
>
> Ao sairmos deste exame, o dr. Henrique comentou comigo: "*Ela achou o feto feio! É raro... sempre acham bonito*". (Clínica A)

Outra situação em que o 'achar bonito' desempenhava um papel relevante no desenrolar da sessão ocorria quando a gestante e/ou o parceiro se entusiasmavam com as imagens ou com a tecnologia e o dr. Henrique detinha-se mais tempo do que o usual 'mostrando o neném', passando para imagem 3D sem ter sido solicitado e sem cobrar, por exemplo. Sublinhe-se que na clínica A,

assim como na B, o 3D deveria ser pago à parte, pois nenhum convênio cobria tal custo. O aparelho de 3D da clínica B ficava na matriz situada na Zona Sul da cidade, e se as gestantes desejassem esse exame deviam se dirigir para lá. Em contraste, na clínica C, o 3D estava implicitamente incluído, sendo feito sempre que as condições técnicas o permitissem. Na época da observação nessa clínica, havia apenas um aparelho que realizava 3D; depois desse período, chegou mais um 3D, que fora adquirido quando eu ainda estava lá.

Dr. Sílvio era particularmente sensível aos elogios de clientes à tecnologia de sua clínica, e, às vezes, 'mostrar o bebê' era mesclado com comentários acerca do progresso tecnológico ou, em casos de clientes que já haviam tido gestações anteriores acompanhadas por ele, por comparações entre o que era possível no passado e na atualidade.

> Dr. Sílvio: [Para G.] Os equipamentos melhoraram (...). [Faz comparações entre imagens obtidas com os primeiros aparelhos e atualmente.] Hoje tecnicamente se estuda o feto, e para a mãe é mais compreensível e menos virtual... na época que seu filho estiver vendo seu neto... fico vendo meus filhos... *eu* só tenho umas poucas fotos de quando era criança. Eles... é muito importante porque faz parte da nossa vida... (Clínica C)

Na clínica B, não costumava haver reclamações sobre as imagens fetais, possivelmente porque a dra. Lúcia em geral se adiantava com expressões entusiasmadas diante das imagens e, além disso, não havia espaço ou tempo para as gestantes emitirem apreciações estéticas sobre o que viam:

> Dra. Lúcia: [Apontando com o dedo no monitor.] Bonitinho... vam'medir aqui o fêmur [mede] 10mm... aqui a cabeça... agora quero que ele se mexa. (...)
>
> G: Bonitinho... (Clínica B)

O quarto tipo de atividade, altamente valorizado por gestantes e acompanhantes, e freqüentemente instigado pelos profissionais, consistia na determinação do sexo fetal. Este é um momento-chave no processo de transformação do feto em Pessoa. Além de ganhar um prenome, que o identifica, tanto gestantes e parceiros quanto médicos – agora com subsídios 'reais' – prosseguem animadamente com um tipo de atividade discursiva envolvendo a construção de gênero do feto, modelada por noções circulantes no senso comum. A rigor, com muita freqüência essa atividade existe desde o início da gestação, bem antes da determinação visual do sexo fetal. Independentemente da solicitação das gestantes, o pressuposto nas três clínicas parecia ser o da existência de curiosidade pela determinação do sexo fetal.

> Dr. Henrique: [Sem que G tivesse perguntado.] Não deu para ver o sexo, a cabeça está para baixo, se a pelve estivesse para baixo dava para ver... mas o importante é que está normal... (...) Vai ter que continuar no enxoval neutro... branco, amarelo... (Clínica A)

> Dr. Sílvio: Já sabe o sexo? Tá com 12 semanas?
>
> P: Diz que só com quatro meses...
>
> Dr. Sílvio: Não gosto de fazer para dizer o sexo... e comprar enxoval... com quatro meses vê o piruzinho ou a baratinha... o diabo é *ter que* acreditar no que o médico diz... Nessa época [12 semanas] é *broto genital*... vamos lá... (...) Tá vendo pulando? É a artéria ilíaca... [mostra com o cursor] aqui o bebê ao comprido... (...) Estou achando que tem um pinto aqui... (...) Olha o pintinho... aí, ó! [Para G.] Seu bilhete já foi corrido... (Clínica C)

> Dra. Lúcia: Aqui o coração... Ah! Tem o falo!
>
> G: É menino?
>
> Dra. Lúcia: Não. É falo... parece [ser] menina, o que muda é a posição... se estiver no mesmo eixo do corpo [mostra com o dedo na tela] tende a involuir e se tornar a vulva... (Clínica B)

A questão a sublinhar neste ponto é o fato de que o 'mostrar o neném' não se vincula diretamente a questões diagnósticas, sugerindo estar em jogo no universo etnografado o desenvolvimento e o cultivo de uma cultura visual específica. Esta, ao mesmo tempo que reforça o *status* de autoridade científica que a imagem técnica e seus especialistas detêm, pretende estreitar os laços afetivos da gestante com seu feto. Um dos subprodutos dessa questão é também a construção da Pessoa fetal, por meio de estratégias discursivas e também com narrativas visuais.

Respostas 'Específicas' ou Interagindo (Também) com Imagens

Ao lado da atividade aparentemente 'espontânea' dos profissionais, observei um tipo de atuação que passei a designar como 'respostas específicas': as que ocorriam em circunstâncias nas quais o profissional era afetado de modo patente pelo que acontecia na sala, tendo como resultado interferências variadas

na rotina do exame. Pareciam ocorrer como reação a tensões no ambiente, geralmente relacionadas a algum diagnóstico adverso – potencial ou já existente –, a brigas entre o casal, a demandas diretas advindas de gestantes ou acompanhantes muito angustiados, ou ao tumulto causado pela ingerência destes últimos no exame. As atuações dos médicos iam desde manipulações das imagens fetais – que se tornavam nesse momento muito mais um meio para produzir determinados efeitos do que um fim em si – até o esquecimento eventual da medição de algum parâmetro.

Curiosamente, durante o exame, nos casos em que havia patologia fetal ou problemas circulatórios maternos prejudicando o desenvolvimento do feto, a imagem em si da anomalia ficava em segundo plano. Os profissionais registravam a imagem para anexar ao laudo que seria recebido pelo obstetra, mas não se detinham por muito tempo explicando ou mostrando-a para a grávida. Quando solicitados, não se furtavam a exibi-las, mas nunca o faziam como uma atividade de iniciativa própria. Portanto, a questão da anomalia, quando presente, surgia na cena mais em termos discursivos do que como imagens. Não sei até que ponto as estratégias de manipulação da imagem eram deliberadas. Possivelmente em alguns momentos sim, e em outros ocorriam como uma resposta não-consciente dos profissionais. Apenas uma vez observei deliberada evitação do médico em exibir uma anomalia fetal, o que será discutido em detalhes adiante.

O tumulto na sala de exames ocorria quando havia muitos acompanhantes ou estes eram exageradamente ansiosos, e consistia em barulho excessivo, perguntas ou demandas muito insistentes – situação que a maioria dos ultrasonografistas desgostava abertamente, quando em conversas entre si. Notei que os profissionais lidavam com mais paciência com a ansiedade das gestantes do que com a dos acompanhantes. Embora o dr. Henrique fosse bastante tolerante neste particular, em comparação com outros médicos, a confusão provocada pelos acompanhantes podia levá-lo a ficar irritado ou a se esquecer de avaliar parâmetros necessários para o estabelecimento da biometria e da idade fetais. Dra. Lúcia não se abalava muito com essas interferências, lidando com elas de modo bem-humorado, embora em alguns momentos aparentemente tenham sido responsáveis por alguns esquecimentos. Dr. Sílvio, por sua atitude em geral bastante solene – embora afável –, involuntariamente coibia manifestações muito explícitas tanto de ansiedade quanto de alegria. Além deste aspecto, sua clientela, predominantemente de elite, parecia também ser menos afeita a grandes demonstrações de emoções. Contudo, por estender-se amiúde em explicações que visivelmente dispersavam sua atenção, por vezes esquecia-se de registrar determinados parâmetros – sistematicamente cobrados pelas atendentes nos intervalos entre os exames.

Manipulações da imagem

A falta de reação das gestantes às imagens eventualmente incomodava o profissional, e algumas de suas atuações pareciam estar vinculadas a este aspecto. Aparentemente os médicos e médicas não gostam que o exame seja recebido com indiferença pela clientela, o que é evidenciado pelos diversos recursos mobilizados, no que chamei de 'estratégias para obter impacto'. Havia duas, em especial: a utilização de expedientes tecnológicos, e imagens e informações envolvendo a determinação do sexo fetal. Esta é possível ser feita sem margem de erro, por um profissional proficiente, em torno da 16ª semana de gravidez. Nos exames entre a 12ª e a 14ª semanas, a margem de acerto varia, dependendo da versão de cada profissional, de 70% a 94%.

As mudanças no tipo de imagem exibida – de 2D para 3D – foram as estratégias observadas mais freqüentemente utilizadas pelo dr. Henrique quando buscava impressionar gestantes e/ou acompanhantes apáticos e, possivelmente, no início da pesquisa, também a observadora. As imagens 2D permitem visibilizar o interior do corpo do feto, em cortes bidimensionais, em diversas gradações de cinza que produzem uma impressão visual de transparência. As imagens em 3D são produzidas por computação gráfica a partir dos cortes ultra-sonográficos em 2D. Com a tecnologia 3D obtêm-se imagens da superfície do corpo fetal e, em geral, adota-se a coloração sépia para melhor efeito de contraste. De vez em quando esse médico, a título de brincadeira, produzia interferências na imagem 3D mudando a tonalidade de fundo para azul, em caso de fetos masculinos, ou para rosa, com os femininos. Outra interferência consistia em 'recortar' ou 'girar' a imagem 3D, utilizando recursos de computação gráfica, para destacar algum aspecto específico ou 'melhorá-la', tornando-a mais inteligível para os clientes.

Vale ainda explicar que, por peculiaridades técnicas, para se obter uma imagem 3D nítida, considerada 'boa', não pode existir nenhum obstáculo opaco entre a estrutura a ser visibilizada e a sonda do aparelho: por exemplo, se o cordão umbilical estiver diante da face do feto, é impossível obter uma 'boa foto': no universo etnografado, as imagens ultra-sonográficas são sempre referidas pelos atores como 'fotos'. Em termos práticos, isto significa que a obtenção de imagens 3D que agradem à clientela não é exatamente uma tarefa fácil. Para se obter a imagem 2D este problema não ocorre e, assim, o procedimento inverso, passar a imagem para 2D, era uma estratégia utilizada em última instância, quando os esforços de obtenção do 3D mostravam-se infrutíferos. Estes implicavam tentar fazer o feto mudar de posição balançando a sonda sobre o abdômen da gestante ou fazendo-a deitar de lado. As gestantes aceitavam ou mesmo sugeriam as manobras no afã de obterem a tão desejada 'fotografia' 3D.

G: Eu fiz um outro 3D e fiquei decepcionada...

Dr. Henrique: Tinha muita coisa na frente, às vezes o 2D fica melhor do que o 3D. (...) [Busca uma incidência favorável.]

G: [Percebendo que o médico encontra dificuldades para atender ao seu desejo.] Ele mexe tanto, mas não pára na posição que a gente quer... (...) Em 2D parece mais nítido!... (...) [Decepcionada, mas aparentemente se conformando.] Vam'ver se na próxima... (...) Na próxima.../

P: [Atalhando, sarcástico.] /...na próxima... você vai ver o perfil dele ao vivo! [Denota irritação com a insistência de G em obter a imagem 3D.] (Clínica A)

Dra. Lúcia não parecia ser afetada pela passividade das gestantes diante das imagens, e o dr. Sílvio eventualmente se incomodava, mas não lançava mão de nenhum recurso extra de imagem com o intuito de contorná-la.

A informação sobre o sexo fetal dificilmente era recebida de modo indiferente. Assim, em algumas situações foi possível observar que. diante da apatia da gestante, a informação sobre o sexo fetal era objeto de um jogo bem-humorado, uma espécie de suspense provocado pelo profissional, instigando a gestante e/ou o acompanhante sobre as possibilidades e desejos existentes. O suspense em torno da revelação do sexo fetal era gerado por um tipo de *timing* para fornecer a informação, e geralmente provocava reações:

Dr. Henrique espalha o gel, passa diversas imagens e fixa o perfil. Mostra para G, que diz para P: "*Mira*..." P olha a tela sem reação, distraído, dr. Henrique dirige-se a ele, mostrando a imagem: "*The profile*", obtendo dele um meio sorriso: "*Oh... yeah*...." (...) O médico escreve 'John' ao lado da imagem 3D da genitália e, nesse momento, P ri. (Clínica A)

Vale assinalar que em tais casos a imagem costumava ficar em plano secundário e a informação verbal tornava-se mais importante, em uma reafirmação de poder do médico – a rigor, o único capaz de decodificar a imagem e fornecer a tão almejada informação.

Estratégias visuais para contornar tensão ou angústia: a tranqüilização pela imagem

No exame morfológico, no qual se avaliavam estruturas anatômicas fetais, realizado entre a 20ª e a 24ª semanas gestacionais, quando exames prévios indicavam a probabilidade de (ou já haviam evidenciado) existirem malformações,

notei que os ultra-sonografistas se mostravam especialmente cautelosos. Costumavam nesses casos intercalar a busca de imagens da anomalia com outras – como as do sexo fetal, do perfil, da mão, do pé ou de outras estruturas anatômicas normais do feto –, como forma evidente de distensionar o ambiente. Em geral, obtinham sucesso, conseguindo um sorriso da gestante. Em tais situações, os profissionais buscavam tranqüilizar grávidas na medida do possível; embora não costumassem escamotear as informações, era evidente a preocupação em não gerar alarme. As imagens, que não a da anomalia, eram portanto apenas um dos recursos utilizados para contornar a angústia presente na sessão. O impacto causado pelas imagens e a possibilidade de utilizá-lo são bem conhecidos pelos profissionais: "*As pacientes entram de mau humor, mostra-se o rosto do feto e muda logo o humor... ficam todas sorridentes*" (médica, clínica A).

Em conjunto com a exibição de determinadas imagens, havia algumas estratégias discursivas, que variavam conforme o médico. Dr. Henrique explicava detalhadamente, de modo bastante acessível, o que via. Dr. Sílvio, como de hábito, era bastante formal, às vezes solene, e tendia para explicações de teor científico. Dra. Lúcia tecia comentários surpreendentes, impregnados por seu peculiar senso de humor.

> G: Eu tô com citomegalovírus.[5]
>
> Dra. Lúcia: O resultado deu quanto?
>
> G: [Desanimada.] Indeterminado. Tamos esperando... (...) [O clima é tenso, G é médica, está ciente da gravidade do problema.]
>
> Dra. Lúcia: Tudo certinho. [Fixa duas imagens, marca 'placenta' e 'abdome'.] Ver quanto está pesando... Meio quilo. Certinho, 500 g. *Meio quilo de gente!* [Risos. Surge a face do feto na tela do monitor.] Aqui a cara dela! Ó, mexendo a boca! (Clínica B)

Dr. Henrique, em relação aos outros profissionais observados, era quem lidava com menos dificuldade no que dizia respeito a informar a existência de patologias às gestantes no decorrer do próprio exame. Fazia-o delicadamente, porém sem maiores rodeios. Em seguida, telefonava e comunicava os achados diretamente aos obstetras. Contudo, a estratégia de exibição de partes 'normais' do feto durante a sessão ultra-sonográfica, nitidamente visando distensionar o ambiente, era semelhante à de seus colegas.

Atendimento a demandas diretas

Implicada na realização do ultra-som obstétrico existe necessariamente uma tensão entre o aspecto 'médico' e o aspecto 'espetáculo'. Nos Estados Unidos e no Canadá, conforme mostra a literatura, os médicos ocupam-se exclusivamente dos 'aspectos médicos', posto que a execução dos exames e a interatividade neles existente envolvem apenas profissionais de nível técnico – em geral mulheres – impedidas de revelar às clientes os 'aspectos médicos' do exame. Sua atividade restringe-se a, no máximo, 'mostrar o bebê'.

No Brasil, onde desde 1992 o ultra-som é designado como um 'ato médico', os médicos acumulam ambas as funções, cabendo-lhes em tempo real medir parâmetros, estabelecer ou sugerir diagnósticos e também 'mostrar o neném' para as gestantes, como vimos. O discurso contrário ao consumo de imagem ultra-sonográfica era uma constante entre esses profissionais, quando longe da clientela. Embora do ponto de vista discursivo se mostrassem críticos diante das demandas de 'tirar uma foto 3D' do feto ou quando uma mesma gestante fizesse repetidos exames sem haver um motivo 'médico' para tal, como prática corrente nas três clínicas as solicitações eram atendidas pelos profissionais sem que denotassem desagrado.

Associado à credibilidade técnica perante os obstetras, o atendimento das demandas da clientela é um fator essencial para a conquista e a ampliação do mercado de ultra-som obstétrico. Era freqüente haver queixas de gestantes referentes ao fato de que "*o médico* [ou médica] *entrou mudo e saiu calado*", mesmo que eles fossem profissionais de reconhecida competência técnica. Sintetizando em outros termos, os obstetras indicam as clínicas baseados na credibilidade técnico-científica, mas as gestantes optam por continuar fazendo exames nelas ou com um determinado médico calcadas na sociabilidade existente durante o exame. Nesse ponto, parece estar em jogo uma dualidade em torno do eixo competência-cuidado presente na prática médica:

> A 'competência' seria associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, enquanto o 'cuidar' seria expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e da empatia, associado às 'humanidades'. (Menezes, 2003: 5)

O esquecimento da medição de parâmetros

Algumas vezes foram observadas situações nas quais a subjetividade do operador se sobrepunha ou interferia em sua atuação para além do aspecto, também subjetivo, ligado à decodificação das imagens. Eventualmente os médicos se esqueciam de verificar ou registrar determinados parâmetros durante

os exames. Essa situação era temida pelos profissionais por motivos óbvios, uma vez que havia (e há) uma preocupação explícita de cada clínica como instituição e de cada profissional em particular em manterem um alto padrão técnico e em não serem 'meramente comerciais'. Tais esquecimentos evidenciavam momentos nos quais se esfumaçavam as fronteiras entre a objetividade e a subjetividade presentes na sessão de ultra-som obstétrico.

Na clínica A, a possibilidade de esquecer de medir parâmetros foi um dos motivos alegados pela maior parte dos profissionais para não gostarem de realizar exames obstétricos, em especial quando havia acompanhantes presentes, motivo pelo qual o dr. Henrique – o que menos parecia se abalar com confusão – encarregava-se da maioria deles. Para além das características pessoais, idiossincráticas, observei que a formação de origem dos ultra-sonografistas – diagnóstico por imagem ou ginecologia/obstetrícia – desempenhava um papel importante no manejo da clientela. Não por acaso, dr. Henrique, o "*queridinho das gestantes*" (atendente, clínica A), havia sido obstetra antes de se dedicar à ultra-sonografia. Os exames das outras tecnologias de imagem, tais como raios X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET-*scan*, são sempre realizados por técnicos, e os especialistas em imagem (antigamente designados 'radiologistas') apenas analisam as imagens obtidas, fornecendo então os laudos. Portanto, na grande maioria das vezes não mantêm contato direto com os clientes, um aspecto que tem importância na escolha da especialidade e que é, portanto, indicativo de um certo perfil desses profissionais: em geral, não são muito afeitos a esse tipo de contato. O comentário de uma dessas profissionais é ilustrativo:

> *No sábado foi uma loucura a quantidade de obstétricos... No fim do dia eu estava numa irritação! Depois é que me dei conta de que sábado tem muito tumulto! Os acompanhantes... muita gente! A sala fica cheia, enchem a gente de perguntas idiotas, atrapalha um bocado.* (Médica, clínica A)

Perguntei a ela por que as perguntas dos acompanhantes atrapalhavam tanto. Ela respondeu: "*É* muita *pergunta! E a gente no final acaba esquecendo de medir coisas importantes... às vezes tem um negócio lá que a gente quer ver, aí vem uma pergunta e distrai!*" Esta mesma médica, quando perguntei se poderia assistir a exames realizados por ela, respondera ironicamente: "*Acho que não tem problema nenhum... eles já trazem platéia mesmo!*" Uma outra profissional com a mesma formação, quando perguntei se fazia exames obstétricos, respondeu: "Até *faço... mas não gosto. Prefiro quando a gestante está sozinha... quando vem aquela parte de espetáculo, tem platéia, não gosto*" (médica, clínica A).

Em virtude da freqüência com que as gestantes vinham para o exame acompanhadas por mais de uma pessoa, a rigor chamava a atenção a concentração do dr. Henrique e o quanto era raro haver esquecimentos. Contudo, ele não estava totalmente imune:

> [Além da gestante, há dois meninos e uma senhora na sala. (...) Os meninos estão visivelmente excitados com o exame, mexem-se e falam sem parar e são irresistivelmente engraçados. (...) Dr. Henrique explica as imagens para G, tentando dialogar no meio da algazarra.] (...)
>
> G: E o peso?
>
> Dr. Henrique: Está tudo tranqüilo... tem 24 para 25 semanas... [Já terminando o exame e limpando o gel do abdômen da gestante, percebe que esqueceu algo. Ri, recoloca a sonda sobre o abdômen de G.] Esqueci as medidas cefálicas... Pronto. Ela está com 709 g. (Clínica A)

Dra. Lúcia conversava e brincava muito com as gestantes durante os exames, mas possivelmente por ter como rotina realizar as medidas antes de começar a 'mostrar o neném', era pouco comum que se esquecesse de anotar parâmetros. Ocasionalmente isto ocorreu em algumas situações de exames normais, em sessões nas quais se conversou muito.

> Na sala de laudos, a secretária comenta: "*Se deixar a dra. Lúcia, ela fica* direto *conversando...*" Dra. Lúcia entra, a secretária diz que no exame não está anotado o batimento cardíaco fetal. Ela ri: "*Não fiz batimento? Tudo bem... tá vivo. Bota aí... 160.*" (Clínica B, matriz)

Dr. Sílvio costumava estender-se em longas explicações sobre medicina ou a própria tecnologia, o que de quando em vez parecia interferir em sua concentração. Em diversas ocasiões tive também a impressão de que a minha presença na sala era um forte fator de dispersão. Invariavelmente era cobrado pelas atendentes, e em algumas das vezes em que estive presente pude 'socorrê-lo' por ter anotado os dados no meu caderno de campo ou por ter gravado o exame na fita de videocassete que costumava trazer comigo, na qual registrava os exames quando as gestantes me permitiam.

> A atendente vem cobrar algumas imagens registradas que deveriam estar anexadas ao exame morfológico, recém-terminado. Dr. Sílvio esqueceu também de fornecer uma das medidas cefálicas, o diâmetro occipito-frontal. Fica meio desconcertado, mas a situação se soluciona com cálculos matemáticos, nos quais me envolvo, participando da

> montagem de uma equação. Suponho que minha presença perturbou o seu desempenho, pois o exame foi muito prolongado e não havia nenhum fator de tensão relacionado à gestação. (Clínica C)

Embora por motivos óbvios não fosse uma situação desejável, os médicos que observei não me pareceram muito abalados ou irritados com o próprio esquecimento, possivelmente por já gozarem de ótima reputação profissional, não apenas entre a clientela, mas também no meio médico obstétrico.

Na clínica A, apenas uma vez testemunhei um esquecimento que poderia ser atribuído à tensão no ambiente; de um modo geral, o dr. Henrique lidava de forma especialmente cuidadosa quando havia alguma angústia relacionada à procura de anormalidade fetal.

> O exame está encerrado, foi uma sessão com clima muito tenso. G se levanta, veste-se e, ao sair o casal, percebo que há duas manchas de suor no papel sobre a maca, correspondendo às axilas de G [o ar condicionado desta sala é particularmente gelado]. (...) Dr. Henrique percebe que se esqueceu de medir o perímetro cefálico do feto, mas consegue contornar o esquecimento utilizando alguns comandos do aparelho, resgatando a imagem. (Clínica A)

Na clínica C, também só presenciei uma situação na qual a existência de tensão na sala, em virtude de a gestante ter apresentado um sangramento no dia anterior, pode ter provocado o esquecimento do registro de um parâmetro importante – o osso nasal –, problema que foi sanado porque eu havia gravado o exame na minha fita. Aparentemente, os esquecimentos ocorriam em maior escala quando o ambiente no decorrer do exame era mais descontraído.

Formação de uma Clientela: credibilidade e interatividade

No Rio de Janeiro existem cerca de quinhentas clínicas que oferecem ultra-som obstétrico.[6] Nesse contexto, torna-se auto-explicativa a importância de formação, manutenção e expansão de clientela, essencial para a sobrevivência das clínicas.

A formação de clientela baseia-se fundamentalmente em dois aspectos: o primeiro consiste na credibilidade técnica das clínicas entre os obstetras que encaminham as clientes para exames. Dentro das clínicas existe ainda a diferenciação entre os profissionais, alguns dos quais tornam-se referências como

ultra-sonografistas em obstetrícia, embora realizem também outros exames. O segundo quesito relevante é a satisfação das grávidas com o tratamento dispensado na clínica por atendentes e médicos e também com o desenrolar do próprio exame, o que, conforme vimos, é um aspecto merecedor de muitos cuidados dos profissionais. A rigor, portanto, constituem-se dois tipos de clientela: a propriamente dita, de gestantes, e a de obstetras que as encaminham, e o atendimento adequado a ambas é fundamental para a sobrevivência das clínicas. A produção de 'verdades' médicas e não-médicas a partir das imagens fetais tem, entre outros aspectos, a finalidade de atender aos dois universos. Esse duplo atendimento implica a adoção de determinadas estratégias, algumas conscientes e outras possivelmente não, por parte dos profissionais.

A construção e a manutenção da credibilidade junto aos obstetras dá-se, em parte, com a publicação de artigos e manuais de ultra-som obstétrico, a freqüência a congressos –com a apresentação ou não de trabalhos –, assim como participando de atividades nas entidades profissionais. No cotidiano das clínicas, consolida-se com a comunicação telefônica entre ultra-sonografista e obstetra quando são encontradas anomalias ou para comunicar a normalidade em casos nos quais suspeitava-se da existência de problemas.

> Dr. Henrique me informa: "*Conheço 70% dos obstetras das pacientes, ou porque já dei plantão, ou por ter conversado no telefone; eles me conhecem, sabem que não interfiro e não dou palpite. (...) Larguei a obstetrícia há três anos.*" Expõe seus projetos profissionais: "*Quero firmar um nome, entre os colegas, e daqui a algum tempo começar a selecionar por quais convênios atender, e ficar só com isso e particular.*" (Clínica A)

Outro ponto merecedor de cuidado especial é a redação de laudos, que se situa na interface entre as duas clientelas. Um informante médico revelou existir uma discussão sobre a redação de laudos: há uma corrente que defende que apenas se devem descrever as imagens encontradas nos exames e outra que considera que se pode, ao lado da descrição, sugerir diagnósticos. Não havia uma normatização estabelecida a este respeito até o momento de encerramento desta pesquisa. A maioria das gestantes lê o laudo que é entregue em conjunto com as imagens obtidas no decorrer do exame. Portanto, as informações aí contidas devem ser redigidas de maneira a informar de modo preciso e claro ao obstetra eventuais achados dignos de atenção médica e, ao mesmo tempo, não alarmar demasiadamente a gestante, que seguramente – em especial nos casos nos quais existe alguma preocupação ou suspeita – lerá o laudo.

> Dra. Lúcia demora mais tempo que o usual na redação do laudo deste exame, possivelmente escolhendo os termos para não assustar G. Experimenta "*Não mostrou crescimento fetal*", mas não fica satisfeita. Consulta uma colega, que sugere: "*Exame mostra restrição de crescimento fetal*", que ela acha bom: "*Fica melhor assim*", colocando, contudo, a observação em negrito e acrescentando no laudo: "*O* doppler *do cordão e intracerebral estão normais*." (Clínica B)

> Em exame anterior, a dra. Carla encontrou duas imagens císticas no pulmão do feto; no presente ultra-som, uma delas não apareceu mais. Mostra-me o laudo que deu, no qual descreve a imagem, e explica o cuidado que teve para não preocupar G: "*Não coloquei negrito, observação, nada...*" O laudo é dividido em itens, em caixa-alta, correspondendo à anatomia fetal [abdômen, tórax etc.], abaixo dos quais consta a descrição da imagem. Observo e comento com ela que o item 'tórax' é pelo menos três vezes mais extenso do que os outros, e que só isso já chama a atenção, mesmo não tendo sido acrescentada nenhuma ênfase especial. (Clínica C)

> Após o exame, no qual foi encontrada uma grave anomalia fetal, o risco calculado de G ter um feto com anormalidade cromossômica, pelos parâmetros avaliados, passa de 1/826 – que seria o risco calculado apenas pela idade – para 1/11. Dra. Lúcia me diz: "*É quase certo (...). Na verdade, não é TN aumentada, é toda a parte dorsal que está edemaciada... É um edema com trave* [me mostra na imagem]*, típico de higroma...*" Dita o laudo para a secretária: "*Imagem* sugestiva *de higroma cístico.*" (Clínica B, matriz)

Outro elemento eventualmente levado em conta na redação é a potencial possibilidade, propiciada pelo laudo, de indução de cesárea pelo obstetra, o que é duramente criticado por alguns dos profissionais que observei:

> Dr. Henrique me explica: *"Por exemplo, o problema da incisura no doppler (...). A incisura diz se existe uma probabilidade maior de [a gestante] desenvolver uma pré-eclâmpsia (...). Não quer dizer que o neném vai ter problemas. Mas ela virou indicação de cesariana! (...)* Não é *indicação de cesariana, mas virou a desculpa para* [o(a) obstetra] *induzir a paciente a optar pela cesariana. Mesma coisa com a circular de cordão... a ansiedade da circular de cordão... (...)* Tudo *é motivo para indicar* [cesariana]. *Perto de feriado, então!... O ultra-som 'serve' pra isso. Você tem métodos 'sugestivos', escreve no laudo... basta falar que tem uma*

> *oligodramnia leve, que serve para o obstetra justificar* [perante gestantes e planos de saúde] *a opção pela cesariana."* (Clínica A)

A satisfação das clientes com as clínicas e a 'fidelidade' delas a determinados profissionais são aspectos bastante característicos do universo observado, que contrastam com outras tecnologias de imagem. Dr. Henrique revelou-me: "*Já houve paciente que me disse: 'meu médico é você, que me mostra o neném, o obstetra só me mede e me pesa...'* " Embora as atitudes diferissem entre um profissional e outro, havia como tônica uma espécie de cumplicidade entre gestantes e ultra-sonografistas, em torno do espetáculo e da diversão proporcionados pelo exame.

Era comum presenciar diálogos como estes:

> G: *Tentei marcar esse exame com você lá na Y* [outra clínica], mas a agenda tava lotada. Então marquei aqui, mas mesmo assim foi um sufoco.
>
> Dr. Henrique: É que agora só estou indo dois dias na semana lá... (Clínica A) (Ênfase minha)

> P: *Tem uma amiga minha que fez aqui com a senhora e adorou... por isso a gente veio...*
>
> Dra. Lúcia: [Rindo.] Olha a responsa!
>
> G: [Ri.] É verdade! Ela veio aqui... (Clínica B) (Ênfase minha)

> Dra. Lúcia: Ué! Fiz teu exame outro dia! Mas não foi aqui, foi?
>
> G: Não... foi no Centro [outra filial da clínica]... *Eu vou aonde a senhora estiver...* (Clínica B) (Ênfase minha)

O modo caloroso e coloquial de a dra. Lúcia lidar com as gestantes seguramente desempenhava um papel importante para essa 'fidelidade'. Era comum ouvi-la dizer sorridente ao entrar na sala de exames: "*Quanto neném tem aí?*", sendo recebida com risos por quem estivesse na sala.

Uma estratégia que garantia a satisfação da clientela consistia no atendimento a demandas nitidamente vinculadas à produção de imagens fetais como objeto de consumo. Eram situações nas quais o profissional se esforçava para obter incidências favoráveis, em certas ocasiões demorando muito mais do que

seria o tempo necessário exclusivamente para o exame, chegando a provocar algum grau de constrangimento nos clientes.

> G: Dá pra fazer o 3D nessa posição?
>
> Dr. Sílvio: Tá numa situação desfavorável... a cabeça tá pra trás... [Mostra uma imagem muito confusa, explica com o cursor.] Essa imagem dá pra ver meio rosto... [Escreve 'face' acima da imagem. Passam-se muitos minutos e diversas tentativas inúteis de obter uma boa imagem 3D.]
>
> G: [Após manobra de prender a respiração, solta o ar, bem-humorada.] Ai! [Ri.] Não dá pra ver muito, não...
>
> Dr. Sílvio: Vam'ver... não custa tentar... tem cordãozinho na frente...
>
> G: Não tá enrolado?
>
> Dr. Sílvio: Não. Tá em cima da cabeça.
>
> G: *Deixa pra lá!... Ele não tá a fim de ser visto...*
>
> Dr. Sílvio: Pára de respirar... [Fixa uma imagem.] Pode respirar... [Surge na tela a imagem do perfil fetal, em sépia, e o dr. Sílvio manipula a imagem obtendo diversas incidências, mas a imagem não fica boa.] (Clínica C) (Ênfase minha)

O suporte emocional proporcionado pelo ultra-sonografista em situações difíceis no passado foi mencionado por mais de uma gestante, retornando em nova gravidez:

> G: Fiz exame com o senhor em outra gravidez... não foi muito feliz... na época o senhor disse uma coisa que me confortou muito... que era uma semente que não ia frutificar...
>
> Dr. Sílvio: Quando não começa bem... é bom uma segunda chance... (Clínica C)

A determinação precoce do sexo fetal era outro dos atrativos bastante valorizados pela clientela. Dr. Sílvio forneceu-me uma explicação baseada em uma racionalidade médica para a divulgação desta possibilidade:

> [Ele] declara ter 94% de acerto na determinação de sexo no exame de translucência nucal (TN). Informa que, em recente congresso médico, foi bastante criticado pelos colegas por esta prática, e houve um consenso final no congresso de não se revelar o sexo neste exame, "*por causa dos problemas que os erros podem trazer, em termos psicológicos*".

> Ele explica que iniciou esta prática ao perceber que havia uma "*fuga*" das gestantes do exame de TN com 12 semanas, deixando para fazê-lo com 14 ou 15 semanas, quando já se obteria certeza do sexo fetal, mas o parâmetro não seria mais válido como indicador para rastreamento de anomalias genéticas. Começou então a "*usar a determinação precoce do sexo como chamariz para as grávidas fazerem o exame de TN na época adequada.*" (Clínica C)

Contudo, o que circulava como informação entre as gestantes aproximava-se mais do que se segue:

> G: Nossa! Não ia agüentar [não saber o sexo fetal]... marquei com você para fazer translucência nucal por causa da sua fama... [Corrige-se.] Não que eu não goste de você... mas seu histórico contribuiu... você fez todas as da minha filha... tenho a *maior* confiança em você... mas a sua fama... [O médico fica visivelmente satisfeito com os elogios.] (Clínica C)

Outro ponto relevante para a satisfação das grávidas passava também pela aceitação da presença de acompanhantes – freqüentemente muitos, e variados – na sala de exames. Dado o tumulto que muitas vezes se estabelecia, causava espécie o quão pouco os médicos deixavam transparecer irritação com tais situações. A presença de crianças na sala, à parte a algazarra que era comum provocarem, criou situações algumas vezes bastante importunas, como um dia em que uma menina de cerca de dez anos protagonizou uma 'cena' após ser revelado o sexo fetal, chorando e gritando inconformada porque "*queria uma irmã, os meninos são todos um saco!*", uma atuação que se prolongou consideravelmente, deixando todos, inclusive a observadora, bastante incomodados; ou como quando um menino de quatro anos, acompanhado do pai, presenciou o exame transvaginal de sua mãe – em uma gravidez inicial –, o que constrangeu consideravelmente o médico:

> Ao saírem os três da sala, o dr. Sílvio comenta, irritado: "*Sou* totalmente contra *esse tipo de coisa... isso é a* tua *área...* [referia-se à psicanálise] *Aliás, queria te ouvir sobre isso, você nunca sabe qual vai ser a fantasia... Eu enfiando aquele negócio* [sonda] *na mãe!*" (Clínica C)

Durante todo o período da observação, apenas três ou quatro vezes pude perceber manifestações de aborrecimento dos profissionais durante o exame, vinculadas à confusão formada, mesmo assim muito discretas. Possivelmente existe uma certa 'resignação' dos médicos diante de algo considerado 'ossos

do ofício'. Era comum, contudo, depois de sessões particularmente tumultuadas, que eles se queixassem comigo de modo contundente.

'Socialização Visual': cultura visual, medicalização e subjetivação da gravidez

O conjunto de situações observadas evidencia a existência de um processo generalizado de construção de uma cultura visual em torno das imagens fetais. A mídia, sem sombra de dúvida, desempenha um papel relevante como pano de fundo para tal construção. No período da observação, foram publicadas duas reportagens sobre ultra-som na gravidez em revistas distintas, dedicadas à gravidez/filhos, em cada uma sendo enfocada uma das clínicas – B e C – nas quais eu desenvolvia a etnografia. A matéria sobre a clínica B foi realizada na sua matriz, com aparelhagem mais moderna do que a filial que eu observava. Em ambas as matérias, havia fotos dos médicos, de uma gestante e da aparelhagem, e no corpo da reportagem constavam declarações dos profissionais que ali trabalhavam. A clínica C dispunha de assessoria de imprensa, conforme verifiquei casualmente um dia por meio de uma prestação de contas afixada no quadro de avisos. Não investiguei se tal ocorria também nas clínicas A e B. Na TV também são exibidos uma série de programas abordando gestação e nascimento a partir de variadas vertentes – desde as mais 'naturais' até as mais tecnologizadas. Outra fonte de informações para gestantes consiste na Internet, à qual a maioria das clientes – das clínicas A e C, ao menos – tinha acesso. Desse modo, divulga-se, promove-se e se estabiliza (nos termos de Bijker, 1987) a ultra-sonografia fetal como um exame imprescindível no acompanhamento da gravidez. Não cabe aqui discutir a pertinência desta noção.

O ponto que desejo assinalar consiste no fato de que nas três clínicas as gestantes, na grande maioria das vezes, já vinham para os exames informadas sobre eles, solicitando explicações que indicavam estarem relativamente a par do que estes podiam oferecer. A divulgação deste tipo de informação contribui de modo marcante para um segundo aspecto que ocorre simultaneamente à construção de uma nova cultura visual, que é o reforço da percepção da gestação como um 'assunto médico', apoiado em alta tecnologia – ou, em outros termos, para o reforço da medicalização e da 'tecnologização' da gravidez. Um exemplo caricato desta tendência surgiu na clínica B:

> Dra. Lúcia me diz: "*Olha só* isso *aqui*", apresentando um material trazido por G. É uma pasta tipo fichário, contendo envelopes plásticos de tamanho ofício, encapada com *contact* estampado com bichinhos ou

algo do gênero. Em alguns dos envelopes plásticos há uma página com um termo impresso, a título de divisórias de fichário. Na primeira delas está o prenome 'Marcos', em letras enfeitadas, como se fosse um álbum de fotos; em seguida, vem 'Exames'. Em cada um dos plásticos seguintes, constam separadamente os hemogramas, testes etc., seguidos por outra divisória intitulada 'Ultra-som'. Em cada um dos envelopes subseqüentes encontram-se, em ordem cronológica, as ultra-sonografias. Dra. Lúcia revela que trata-se do segundo filho de G, que montara uma pasta igual para o primeiro, continuando o 'álbum' depois do nascimento: "*Tem isso tudo e, depois que nasceu, tudo certinho, com as vacinações... tudo...*" Em suma, esta G produziu um verdadeiro 'dossiê médico' de cada filho, encapado como se fosse um álbum de fotografias. (Clínica B)

A construção de uma 'cultura visual' em torno das imagens ultra-sonográficas fetais dá-se por meio do que chamo de 'socialização visual' das gestantes que, assim como seus parceiros e às vezes até acompanhantes, tornam-se capazes de identificar por si mesmas, espontaneamente, estruturas anatômicas:

G: Tudo normalzinho, né?

Dr. Henrique: [Não responde à pergunta, prosseguindo o exame.] Aqui é dentro da cabeça [mede um parâmetro].

G: O cerebelo...

Dr. Henrique: [Com uma certa surpresa.] Tá craque! (Clínica A)

A mesma gestante, quatro semanas mais tarde, acompanhada de duas irmãs, tentou introduzi-las na nova cultura visual:

G: [Observa o monitor.] Abriu a boca! [Para as acompanhantes.] Vocês nunca tinham visto [ultra-sonografia]? (...) O cerebelo... [G parece muito satisfeita, tanto em exibir a imagem de seu feto, quanto com sua competência visual recém-adquirida.]

Dr. Henrique: [Como da outra vez.] Tá craque!... (Clínica A)

As grávidas que conseguiam decodificar sozinhas as imagens mostravam-se bastante contentes com a nova capacidade, e eram endossadas de modo aprovador pelos profissionais:

Dr. Sílvio: [Faz as medições.] As medidas da cabeça... é importante, dá dados de proporcionalidade do bebê. (...) Na frente do nariz... uma das mãos.

G: Tô vendo... tô ficando *expert* em ultra... [Sorri, olha atentamente para a TV. P olha sério.]

Dr. Sílvio: A própria paciente tem a identificação da imagem... Antes só sabia que era bebê porque *eu* dizia... (Clínica C)

Muitas vezes os médicos instigavam as gestantes:

Dra. Lúcia: [Aponta a tela e se dirige a G.] Tá vendo o tracinho? Sabe o que é?

G: O fêmur... (Clínica B)

Um aspecto que chamava a atenção consistia no fato de, em todas as clínicas, existir um clima propício a indagações da clientela sobre o que estava sendo visibilizado e mesmo, eventualmente, a reclamações ou piadas por não conseguirem entender o que eram aquelas imagens. Tratava-se de um comportamento corriqueiro no universo etnografado, o que – vale frisar – em outros exames de imagem médica (inclusive de ultra-som geral) seria considerado gafe ou, no mínimo, uma atitude inadequada dentro de um *ethos* médico:

P: [Apontando para a TV.] *Aquilo* é o quê?

Dr. Sílvio: Cabeça...

G: [Rindo.] Não *sei* o que ele tá vendo... (Clínica C)

G: [Olhando para o monitor, reclama.] Não tô vendo *nada* hoje, e eu *sempre* vejo...

Dra. Lúcia: É que tá na posição pra trás, certinho... (Clínica B)

P: [Para a dra. Lúcia.] Todos os pais são chatos igual eu?

Dra. Lúcia: Você se acha chato?

P: Eu pergunto muito... [Justificando-se.] Mas só pergunto o que não sei. Pra mim [ri, aponta a tela] são as Montanhas Rochosas... Não entendo *nada*... Tá tudo o.k. para o parto normal? (Clínica B)

P: [Em tom de reclamação.] Eu não tô entendendo *bu-lhu-fas*...

G: Eu *também* não.

Dr. Sílvio: [Explica.] Tem um monte de coisa na frente...

Criança: [Olha atenta para a TV, surge a imagem do perfil do feto em 2D.] Agora estou vendo! A cabecinha!

Dr. Sílvio: Tá com um bracinho na frente... [G olha sorrindo para a TV.] (Clínica C)

No tocante à criação dessa cultura visual peculiar, envolvendo as imagens ultra-sonográficas, cabem ainda algumas observações. A primeira é que, embora altamente estimulada pelos profissionais, nem sempre a 'socialização visual' das gestantes ou de seus acompanhantes era confortável, como quando eram capazes de perceber a existência de alguma patologia e interpelavam o profissional francamente, deixando-o desconcertado. As poucas situações deste tipo que testemunhei constituíram-se em momentos extremamente difíceis e desgastantes para todos os presentes.

Dr. Sílvio: Eu peguei mais a fronte... [Utilizando um recurso computacional roda a imagem da face em 3D; em um rápido relance, a fenda labial fica evidente, a imagem permanece fixada na tela cerca de um segundo e a reação de G é instantânea.] [7]

G: [Visivelmente angustiada.] A boquinha tá *normal*, dr.? Porque parece que tem um corte aqui... [Aponta o próprio lábio superior.]

Dr. Sílvio: [Tenso, disfarçando.] Não consegui ver direito... vou pedir para vocês retornarem.../

P: /...daqui a duas semanas, dr.?

Dr. Sílvio: Não, quatro semanas... (...) Vamos adiar mais os planos de ver melhor o 3D... 26, 27 semanas... Você tá com 23 semanas e dois dias... [Fico angustiada com a situação, tendo certeza de que a gestante de fato viu a anomalia.] (Clínica C)

Um segundo aspecto, bastante curioso no que diz respeito à construção de uma nova cultura visual, consistiu na observação de que as crianças eventualmente presentes aos exames com freqüência tinham mais facilidade em decodificar as imagens do que os adultos:

Aparecem as primeiras imagens na tela, e logo que surge o perfil fetal os dois meninos [8-10 anos] gritam em uníssono, na maior algazarra, entusiasmados: "*Olha! Olha lá! Olha ela lá! Juliana!... Uh-uh-uh!*" Surpreendo-me com a facilidade com que identificaram a imagem. (...) Enquanto correm imagens indistintas, o maior pergunta: "*Cadê ela? Sumiu?*",

para em seguida identificar uma nova imagem, a do perfil: "*Olha! Abriu a boca!!!! Oi, Ju! Olha!!!! A mãozinha!!! Aííí! Tchaaaau!*" Todos os comentários correspondem ao que aparece na tela. Ao sairmos da sala, comento com o médico a rapidez com que os meninos identificaram as imagens na tela e ele me diz que já observou isto em outras crianças também, atribuindo tal habilidade à vivência delas com computador e videogames. (Clínica A)

A subjetivação das imagens ultra-sonográficas fetais é a pedra de toque para a circulação dos valores subjacentes tanto à construção dessa nova cultura visual quanto à medicalização, em um processo dinâmico. As grávidas transformam-se freqüentemente em 'alunas' aplicadas e entusiasmadas na aprendizagem de novos códigos visuais e de novas informações medicalizadas sobre a gravidez – um entusiasmo que é alavancado pelo investimento afetivo óbvio das gestantes em seus fetos e que é, por seu turno, potencializado por meio das imagens fetais que vão sendo decodificadas, seja pelos médicos, seja pelas próprias mulheres e outros atores presentes ao exame. Essa aprendizagem informal evidencia uma marcante reconfiguração da vivência da gestação, na medida em que a visualidade – no passado, ausente dessa vivência exceto pelas mudanças externas, visíveis, de aspecto corporal da mulher grávida – passa a desempenhar um papel inescapável durante a gravidez. Constitui-se muitas vezes uma confusão da imagem com a coisa em si – no caso, o feto – conforme fica patente em alguns exemplos:

[Surgem as primeiras imagens, muito ampliadas na tela da TV.]

Avó: Ai, meu Deus! Já tá *enorme*!

G: [Para A.] Você não viu?

Avó: [Sem tirar os olhos da TV.] Só a foto, antes... Agora tá enorme!

P: [De pé, inquieto, para o dr. Sílvio.] O 3D, o senhor tem aqui?

Dr. Sílvio: Sim, claro...

G: [Para P e A.] Você vê *i-gual-zi-nho...*

Avó: [Ainda abismada.] Tá enorme... como é que pode?

[O feto em questão media cinco centímetros.] (Clínica C)

P: Agora tá de costas. Caraca! Pula muito!... Ele já tá dando cambalhota aí dentro... [A imagem torna-se momentaneamente muito confusa.]

G: *E agora a gente não tá nem sabendo onde ele tá...*

Dr. Sílvio: [Extrai imagens do aparelho.] Documentando aqui...

P: [Respondendo ao comentário de G.] Tá na tua barriga... (Clínica C) (Ênfase minha)

Os médicos não costumam desfazer esse tipo de confusão, possivelmente porque parte da inegável diversão proporcionada pelo exame consiste precisamente no cultivo da ilusão de que se está vendo 'o que *é*'.

A interatividade presente na ultra-sonografia obstétrica, em grande parte propiciada e estimulada pelos médicos, é uma questão que articula um sem-número de temas, dentre os quais destaco e discuto somente alguns no decorrer dos próximos capítulos. No momento, desejo apenas sublinhar que a etnografia tornou evidente que, diversamente de outros exames de imagem – que tendem a produzir uma 'objetificação' e 'dessubjetivação' do paciente, privilegiando as informações 'objetivas' fornecidas pela imagem técnica médica, em detrimento da experiência vivenciada pelo sujeito –, a ultra-sonografia obstétrica, no universo observado, parece atuar também em um sentido inverso.

De fato, eram produzidas, além de imagens, diversas 'verdades objetivas' acerca da biometria e da idade fetais, estado de maturação da placenta, circulação sangüínea materna e fetal e informações sobre o posicionamento do feto no útero, conforme será discutido no próximo capítulo. Contudo, o contexto e o modo pelo qual essas informações são produzidas indicaram uma forte presença de negociações intersubjetivas em torno das imagens e, mais ainda, uma apropriação bastante peculiar das informações assim obtidas. Tanto o médico quanto a gestante utilizavam-nas, ressignificando a própria gravidez e dando sentido e forma a diversas sensações maternas. Ao fim, o que ocorre é que as imagens técnicas ultra-sonográficas obstétricas, com enorme freqüência, são elas mesmas significadas e subjetivadas pelos atores presentes no escurinho da sala de exame. A produção de 'verdades', médicas e não-médicas, é uma importante via para o estabelecimento desses significados e dessa subjetivação, como veremos a seguir.

Notas

1 A idade gestacional é calculada tomando-se como base a data da última menstruação da mulher, como antes, com a diferença de ter passado a ser contada em 'semanas', não mais em 'meses'. Isto significa que – se considerarmos que a ovulação e a fecundação tenham ocorrido exatamente no meio do ciclo, isto é, 15 dias depois desta data – a rigor a idade do feto 'em si'

é sempre duas semanas menor do que a datação gestacional. A partir do uso rotineiro do ultra-som, a contagem em semanas tornou-se hegemônica no universo observado. Raramente ouvi a idade fetal ser referida em 'meses' pelas gestantes e, mais raramente ainda, pelos profissionais. 'Idade gestacional' e 'idade fetal' são utilizadas como sinônimos pelos médicos. Um bebê nasce a termo contando quarenta semanas de idade gestacional.

2 Na clínica A, na sala do aparelho mais sofisticado, às costas do profissional havia outro monitor no qual ele eventualmente conferia se o exame estava sendo registrado; em um nicho, no alto, havia uma grande TV, permitindo à gestante acompanhar confortavelmente a exibição das imagens. Na C, existiam TVs de 29 polegadas nas duas salas, diante das macas onde as gestantes ficavam. Na B, não havia TV; as imagens eram apontadas pela médica diretamente na tela do monitor, girando-o para a gestante ver.

3 Na clínica B, apenas um dos aparelhos oferecia essa alternativa. Na clínica A, dois dos três aparelhos de ultra-som – e, na C, todos – permitiam o exame de *doppler*.

4 Por 'boa incidência' aqui entenda-se: uma imagem do feto que fosse facilmente significada pela gestante como 'bebê' – mão, perfil etc. Do ponto de vista diagnóstico, uma 'boa incidência' tem outro sentido: é aquela que permite evidenciar claramente para o profissional qualquer estrutura ou uma patologia.

5 Vírus responsável por diversas malformações congênitas muito graves – de cegueira a retardo mental.

6 Dado estimativo, obtido com um informante. Não existe um levantamento formal disponível sobre o assunto.

7 Fenda labial é uma anomalia congênita popularmente conhecida como 'lábio leporino'.

5

'Se Você Está Dizendo que É, Então É!': a produção de 'verdades' médicas e não-médicas

Dra. Lúcia: Tudo bem?
G: Espero que sim... *você* é que vai ver agora... (Clínica B)

G: O que é isso aí?
Dr. Henrique: É um bracinho...
G: Não entendo nada... mas se você está
dizendo que é... então *é*. (Clínica A)

O exame ultra-sonográfico coloca em evidência uma particularidade que atravessa todas as tecnologias de imageamento médico. Trata-se do que designo aqui como o 'mito da objetividade da imagem técnica'. Esse mito dá margem à construção das 'verdades' de que trato neste capítulo, e também a diversos problemas com que o finalizo.

A tecnologia de imageamento médico supostamente produziria verdades acerca da saúde e da doença dos sujeitos que prescindiriam de ou se sobreporiam às suas vivências e subjetividade. O fato de a ultra-sonografia ser uma tecnologia interativa provoca situações e tensões, em tempo real, que não ocorrem em outras tecnologias como raios X, ressonância magnética, PET-*scan* e outras. Nestas, *grosso modo*, além do fato de que os pacientes devem ficar imóveis e passivos para que sejam realizadas as tomadas de imagem, existe um intervalo de tempo entre a realização do exame e o recebimento do laudo com o diagnóstico ou a descrição da imagem, dados pelo especialista.[1]

Com a tecnologia de ultra-som, conforme vimos, o profissional ao mesmo tempo identifica as imagens, escolhe incidências e em certa medida diagnostica – ou levanta suspeitas diagnósticas –, durante a realização do próprio exame, a redação do laudo, sendo apenas a concretização do que já teria sido identificado antes. Quando aplicado à obstetrícia, esse aspecto apresenta-se de maneira radical, se comparado a outras modalidades ou aplicações de ultrasonografia (como a geral, a muscular, a de mamas, o *doppler* etc.), uma vez

que durante as sessões de ultra-som obstétrico a maior parte das clientes – e respectivos acompanhantes – é ativa, questionadora e demandante.

A idéia da imagem técnica como produtora de verdades incontestáveis é uma construção social, fruto de um longo processo histórico. Relembrando brevemente, esse processo tem suas raízes no renascimento – com a invenção da perspectiva – e, em especial, nos códigos de representação do corpo humano que surgem com o trabalho de Vesálio, com a instauração do paradigma anatômico, em vigor até nossos dias (Sawday, 1996). Ao longo do século XVII, a objetividade na representação emerge como um problema, conjugado ao estabelecimento dos princípios do conjunto de práticas que passou desde então a ser entendido como ciência. O problema de neutralidade ou objetividade da representação do corpo atravessa o século XVIII, e o surgimento da fotografia, em meados do século XIX, é saudado inicialmente como a 'solução' da questão (Daston & Galison, 1992). A invenção dos raios X, em fins do século XIX, reintroduz de modo radical o problema da interpretação das imagens técnicas do corpo (Cartwright, 1995). As tecnologias de imagem médica que se multiplicaram ao longo do século XX são herdeiras dessas tensões.

Uma questão-chave para a dinâmica das interações entre os atores presentes na cena consiste no fato de que – em que pese a socialização visual que se constitui no universo etnografado – o detentor principal e privilegiado da possibilidade de decodificar as imagens esfumaçadas que se sucedem na tela do monitor é o profissional que realiza o exame. Nesse sentido, ele é o protagonista de uma situação em que gestantes e acompanhantes se transformam em atores coadjuvantes. As imagens fetais são o elemento em torno do qual os atores presentes estabelecem diversos tipos de intercâmbio.

Existe uma questão de fundo que perpassa e informa todo o campo e as práticas dos atores observados, relativa à polaridade objetividade-subjetividade, e por esse motivo inicio a discussão por ela. A seguir abordo quatro aspectos relacionados à produção de verdades a partir das imagens fetais, suas conseqüências e desdobramentos que, no conjunto, produzem uma situação 'híbrida', na medida em que a subjetivação e a medicalização da gravidez encontram-se profundamente imbricadas com elementos discursivos e tecnológicos.[2] Esses elementos repercutem de maneiras diferentes e se complementam no que diz respeito à reconfiguração de vivências da gravidez.

O primeiro deles consiste na produção de 'verdades médicas' propiciada pelo exame, no tocante à saúde materna e à do feto. Essas 'verdades' têm como conseqüência imediata um reforço da noção da gravidez como um 'assunto médico'. O segundo elemento, que se vincula de modo relevante à construção da Pessoa fetal, é a produção de 'verdades não-médicas', freqüentemente

relacionadas à gestante, mas em especial ao concepto. Esse conjunto de 'verdades' tem como efeito – para além do monitoramento da e vigilância sobre a saúde dos dois – a construção de subjetividades, reconfigurando a percepção corporal da gravidez pela mulher e atribuindo subjetividade ao feto. Em um movimento conjunto produz-se um reforço da medicalização, assim como da idéia culturalmente compartilhada da tecnologia de imageamento como produtora privilegiada de todo o tipo de saberes sobre a gravidez. O terceiro ponto a ser abordado diz respeito ao modo como verdades médicas problemáticas – o encontro de patologias fetais, em sua grande maioria – são manejadas no contexto observado.

Finalmente, observei que, ao lado da diversão e do prazer proporcionados pela visualização das imagens fetais, análogos ao lazer propiciado por documentários – um tipo de narrativa visual que se encontra impregnada da idéia de 'realidade', ou 'verdade' –, eventualmente emergem alguns problemas, de gravidade variável. O quarto aspecto abordado neste capítulo trata então do fato de que, em diversas situações, ficou evidente que o mito da objetividade da imagem técnica pode tornar-se efetivamente deletério para gestantes e fetos.

Imagem Técnica, Objetividade e Subjetividade

Ao longo da observação etnográfica, tornou-se claro que, naquele universo, no que dizia respeito à produção de verdades, o eixo subjetividade/objetividade se fazia presente de modo cotidiano e dinâmico na prática dos atores. No tocante às 'verdades médicas', pode-se considerar que haveria um predomínio do aspecto 'objetivo', pois com freqüência elas eram apresentadas como dados matemáticos, quantificáveis, traduzidos em números, tais como idade fetal, peso, tamanho, fluxos sangüíneos etc. (mesmo que, a rigor, essas informações fossem apenas estimativas produzidas pelos aparelhos, os atores lidavam com elas como se fossem dados concretos). Contudo, a subjetividade obrigatoriamente se fazia presente na medida em que, para que as mensurações fossem significativas, o médico ou médica deveria necessariamente saber interpretar as manchas cinzentas do monitor. Como exemplo, o profissional precisava reconhecer se um traço esbranquiçado na tela corresponde ao úmero ou ao fêmur do feto, pois com base neste dado o computador executaria um cálculo que forneceria a informação procurada acerca do tamanho e do desenvolvimento fetais.

No terreno da produção de 'verdades não-médicas', a subjetividade preponderava, pois as atribuições de sentido ao que estava sendo visualizado na

tela do monitor dependiam exclusivamente da imaginação, dos valores e das crenças dos atores presentes à cena. No momento em que o exame evidenciava a existência de problemas, constituía-se uma espécie de empate nos pesos da objetividade e da subjetividade, já que não apenas o significado dos achados 'objetivos' desagradáveis deveria ser interpretado pelo profissional, mas também o modo como a notícia seria dada e recebida pela gestante e pelos acompanhantes estavam subordinados a diversos aspectos nos quais a subjetividade se fazia fortemente presente. Conforme vimos, uma questão fundamental reside no fato de que, apesar de gradualmente gestantes e acompanhantes se familiarizarem com as imagens fetais ao longo da gravidez, o principal tradutor das imagens que aparecem e desaparecem rapidamente na tela do monitor permanece sendo o profissional cujo olhar foi treinado para decodificar e interpretar. No tocante a esta possibilidade, portanto, ele ocupa uma posição de destaque e de autoridade em relação aos outros atores presentes na cena. Outro elemento central da situação consiste nas imagens fetais em si, que atraem o olhar de modo quase irresistível. Na imensa maioria das vezes, é em torno delas que se estabelecem diversos diálogos e interações – ou, sintetizando, essas imagens são um elemento central para as negociações estabelecidas entre os atores.

'Verdades' Médicas

Considerando o aspecto estritamente diagnóstico do exame, o profissional que o realiza é o principal produtor de verdades, pois, como vimos, apenas por meio da sua possibilidade de decodificação as imagens são capazes de gerar algum sentido. Há basicamente dois tipos de verdades que, de um modo ou de outro, envolvem graus variáveis de normatização: as sobre a saúde da gestante e da gestação em si, e as sobre a saúde do feto, envolvendo idade fetal, tamanho e conseqüentemente seu estágio de desenvolvimento, além da avaliação de parâmetros capazes de indicar a existência do risco de anomalias.

Sobre a gravidez

A primeira verdade produzida no exame é, além da constatação da existência de uma gravidez e de sua localização – uterina ou tubária –, o número de embriões existentes. Nas gestações iniciais, a visibilização do embrião torna a gravidez 'real' para a mulher:

> G: Olha só! A mãozinha perto da cabeça! [Os dois abrem um enorme sorriso olhando para o monitor do aparelho.]

Dra. Lúcia: [Mostrando na imagem no monitor.] Tem cordão ali em cima. [Para P.] Pai, tá vendo?

P: Tô.

G: Tá legal?... É inacreditável... *Agora é que eu tô acreditando* [estar grávida]... até agora era só o enjôo... (Clínica B) (Ênfase minha)

Dr. Sílvio: E aí, Ângela? Como tem passado? Vamos ver como estamos hoje?

G: Isso. Vamos ver *como* estamos... *Todos*. (...)

Dr. Sílvio: Dois bem definidos... [mostra com o cursor] Saco gestacional... com embriãozinho aqui... [muda a imagem] e saco gestacional com embriãozinho aqui... e um terceiro que não está evoluindo.[3]

G: [Para a avó.] Não falei? Que tinha três? [Para o dr. Sílvio.] Dá pra ver o coração? Batendo? (Clínica C)

A existência de sangramentos no decorrer da gestação, embora de um ponto de vista clínico seja de gravidade variável, é sempre alarmante e consiste em uma das indicações formais para a realização do exame ultra-sonográfico. Contudo, com freqüência as gestantes sequer consultavam o obstetra, preferindo ir diretamente "*fazer o ultra-som*":

[G, ainda de pé, diz que teve de novo um sangramento mas não foi ao médico "*porque este exame já estava marcado*"]. (...)

G: [Preocupada] Normal?

Dr. Sílvio: Normal.

G: Tem alguma coisa... aparentemente... do sangramento?

Dr. Sílvio: Aparentemente nada.

G: Pode ser por esforço, ou nada a ver?

Dr. Sílvio: Pode ser. Sangramento... *tudo* pode ser... (...) importante... esse sangramento, na grande maioria das vezes não é pra se preocupar. O problema é quando tem cólica. (Clínica C)

Ocorria às vezes a situação inversa, o exame revelando um sangramento que não havia se manifestado clinicamente.

Dr. Sílvio: Teve sangramento?

G: Não, não tive. Só viu no ultra-som. (Clínica C)

Ambas as circunstâncias evidenciam o lugar privilegiado ocupado por essa tecnologia na produção de conhecimento confiável diante de intercorrências da gravidez, ou mesmo na 'produção' delas, como no segundo caso citado.

Outro aspecto investigado por meio de ultra-som, com o exame de *doppler*, referia-se à circulação sangüínea materna e fetal: caso fosse detectada alguma deficiência circulatória prejudicando o desenvolvimento do feto, dependendo da idade e do grau de desenvolvimento fetais, os parâmetros poderiam implicar normatizações do comportamento da gestante, com recomendação de repouso e medicação visando permitir que o feto crescesse até ser considerado 'viável', nascendo de parto natural ou cesárea – ou então levar à indicação imediata de cesariana.[4] Ainda vinculada à circulação sangüínea existia a avaliação de 'incisura', que continha um caráter preditivo probabilístico acerca do risco de a gestante desenvolver pré-eclâmpsia, um quadro de hipertensão súbita potencialmente danoso a ela e ao feto.[5] A interpretação desses parâmetros, ou seja, da gravidade da situação, variava entre os profissionais – tanto ultra-sonografistas como obstetras – e, dependendo da história de gestações pregressas da mulher, podia transformar o exame em uma situação muito angustiante para as grávidas.

A medição da quantidade de líquido amniótico, em geral perto do término da gestação, era um parâmetro cujo cálculo poderia levar à indicação de interrupção cirúrgica da gravidez. Eventualmente, eram feitos exames sucessivos com o sentido de monitorar a evolução do volume de líquido. O posicionamento do cordão umbilical, também nesse estágio final, era outro dos aspectos avaliados, e freqüentemente baseados neste dado os obstetras 'recomendavam' a realização de cesarianas.

Uma 'verdade' médica singular que emergiu com freqüência no início da gestação, em especial nas clínicas B e C, dizia respeito à 'proveniência' do óvulo que dera origem ao feto: ovário direito ou ovário esquerdo. Essa determinação era possível por meio da visibilização da imagem do corpo-lúteo.[6] Os profissionais lidavam de modo diferente com a informação – diga-se de passagem, totalmente irrelevante de um ponto de vista clínico. Na clínica B, a dra. Lúcia mencionava de modo galhofeiro a existência de uma "*simpatia dos ovários*", completando com risadas: "*o ovário direito é o das meninas, e o esquerdo, dos meninos*", como se a proveniência do óvulo fosse determinante para o sexo fetal. O comentário era recebido com risos pelas gestantes quando estas conseguiam perceber o *nonsense* contido na brincadeira. A maioria das

mulheres observadas tinha um razoável grau de informação 'científica' sobre a gravidez e sabia, portanto, que era o espermatozóide que determinava o sexo do embrião.

Em contrapartida, na clínica C, na qual eram acompanhadas muitas gestantes que haviam passado por processos de reprodução assistida, a mesma informação era fornecida de modo totalmente diverso, em tom solene:

> Dr. Sílvio: [Vamos] Ver agora os ovários... [Mostra.] Esse aqui é o seu ovário direito... Vários cistos, da estimulação ovariana... [Permanece um tempo em silêncio.] Aqui o esquerdo... Foi o direito que ovulou. (Clínica C)

> G: Posso falar uma coisa? No outro ovário tava com um negocinho...
>
> Dr. Sílvio: Isso.
>
> G: A pergunta é o seguinte: tem que tomar alguma precaução?
>
> Dr. Sílvio: Nada. É persistência de corpo-lúteo.
>
> G: E um dia ele vai tomar o rumo dele?
>
> Dr. Sílvio: Não vai mudar em nada... A única coisa bacana é saber que [a gestação] foi fruto do seu ovário direito. (Clínica C)

O modo circunspecto com o qual era feita esta declaração encontrava-se em continuidade com a cientificidade com a qual muitas dessas gestações eram cercadas; e o uso de tecnologia de imagem *high-tech* e um monitoramento minucioso, a ponto de 'descobrir' a proveniência do óvulo, como que serviam como reasseguramento de que todo o processo seria coroado de êxito, chegando-se ao tão almejado bebê.

Um aspecto a ser sublinhado consiste em que esta 'verdade' – inexistente no passado – é um híbrido, produto direto da tecnologia de ultra-som, pois só passou a existir por meio dela. As traduções ou translações (nos termos de Latour, 2000) sofridas por esse híbrido eram coloridas pelos valores e crenças predominantes circulantes em cada grupo: na clínica B, com clientela de camada média/baixa, transformava-se em 'adivinhação' do sexo do feto, mesmo quando tomada de modo jocoso; na clínica C, *high-tech*, com clientela pertencente às elites econômicas, era uma reafirmação da tecnologia e do poder da biomedicina. Pode-se pensar que, nas duas situações, encontrava-se subjacente o reforço do poder da tecnologia tal como se fora um oráculo, com a diferença consistindo na passagem pela referência a uma prática mágica popular – a 'simpatia' – da clínica B. De um modo mais imediato, podemos também considerar

que esta referência aproximava a dra. Lúcia do universo de suas clientes, e servia como reforço ao vínculo delas com a médica, criando uma clientela fiel.

Sobre o feto

A preocupação acerca da saúde fetal está sempre presente de um modo ou de outro, e em graus variáveis, mas nem sempre de maneira conspícua. Existem normatizações estabelecidas sobre idade e desenvolvimento fetais, com base nos cálculos aproximados de peso e tamanho fornecidos pela aparelhagem. Em relação a esses aspectos, a imagem em si torna-se temporariamente secundária, sendo utilizada apenas como base para as mensurações que, processadas pelo computador, resultam em quantificações aproximadas de peso e tamanho fetais, a partir das quais procede-se à datação da gravidez. A determinação da idade fetal por meio do exame de ultra-som passa a prescindir da informação da mulher – ou mesmo sobrepor-se a essa informação – sobre a data da última menstruação, anteriormente o único método disponível para estimar o tempo de gestação.

> P: O tamanho, qual é? [Do embrião.]
>
> Dr. Sílvio: 11 mm, o saco gestacional. O embrião... não vi ainda... pode ser que eu não veja! E a definição é que deve ter feito uma ovulação tardia... *e a gente vai ter que ajustar a idade gestacional.* É... pelo cálculo dela [G]... o parto seria 17/4, para mim seria 24/4, corrigindo por esse exame de hoje. (Clínica C) (Ênfase minha)

> Dra. Lúcia: Lembra a data da última regra?
>
> G: 22 de agosto.
>
> Dra. Lúcia: Então é [*sic*] doze semanas... [Mede o perímetro cefálico.] Ué... aqui dá mais... pelo cálculo dá 14 semanas. *Fica assim, então, 14 semanas*. (Clínica B) (Ênfase minha)

> Dr. Henrique: Sabe a data da última menstruação?
>
> G: Não me lembro direito...
>
> Dr. Henrique: *Não tem importância... a gente vê aqui, o ultra-som dá* [a idade fetal]. (Clínica A) (Ênfase minha)

O peso e o tamanho do feto, embora bastante objetivos em sua essência, eram na maior parte das vezes motivo de comentários, freqüentemente com conotação valorativa, em torno da normalidade ou não do desenvolvimento fetal. Gestantes e pais orgulhavam-se de saber que seus fetos estavam 'bem desenvolvidos'. Embora o crescimento fetal fosse especialmente relevante do ponto de vista da avaliação médica, era tingido por diversas atribuições de significado por parte das gestantes e acompanhantes, fosse por um prisma generificado – 'meninos' deveriam ser fortes e bem desenvolvidos e 'meninas', *mignonettes* e delicadas –, fosse por buscarem semelhanças com mãe ou pai. [7]

> Dr. Sílvio: A barriga... [mostra] isso aqui é a veia umbilical entrando embaixo do fígado... o coraçãozinho... [Marca em duas imagens que fixou: 'abdômen' e 'tórax'.]
>
> P: As medidas tão batendo?
>
> Dr. Sílvio: *Perfeito*, dentro do esperado... (Clínica C)

> Dra. Lúcia: Esse é o fêmur, o osso da perninha (...). Sabe quanto tá pesando? Teu neném tem *62 gramas*!
>
> P: E... me diga uma coisa... pro tempo que tem... tá bem pesado?... tá forte?... Porque a gente diverge: ela quer um ratinho, eu quero um bebezão... quer dizer... ratinho, não... (Clínica B)

> P: E o peso... o tamanho, doutor?
>
> Dr. Henrique: Tá ótimo, normal...
>
> P: [Sussurrando para G.] Vai ser forte como o pai, bonito como a mãe... (Clínica A)

A revelação precisa do sexo fetal constituía um outro momento no qual a informação médica, anatômica, era raramente recebida de modo indiferente, sendo rapidamente apropriada e transformada em nova fonte de produção de verdades, a partir daí patentemente não-médicas.

O exame de translucência nucal, realizado entre a 11ª e a 13ª semanas gestacionais, em conjunto com a medida do osso nasal, é o exame mais cercado de expectativas quanto à avaliação do risco de existência de anomalias fetais. A alteração destes dois parâmetros fornece uma indicação probabilística que, calculada em conjunto com o risco oferecido pela idade materna, resulta

em um índice que representa a taxa de risco de aquela gestante estar gerando um feto portador de anomalia. Esta taxa, comparada com a taxa de risco de aborto provocado por complicações da amniocentese – mais invasiva e mais precisa para avaliação de anomalias cromossômicas – é apresentada às gestantes para que elas decidam se desejam ou não se submeter ao procedimento.

Em sua maioria, as mulheres estavam informadas acerca do sentido desses exames, em especial o de translucência, embora freqüentemente houvesse confusões no entendimento preciso do significado de parâmetros alterados. Em diversas ocasiões, presenciei explicações fornecidas pelos médicos às grávidas – de modo mais ou menos didático – e, na maior parte das vezes, tive a impressão de que o sentido exato escapava a elas.

> Dr. Henrique desabafa, um tanto irritado: “*Elas vêm para este exame* [TN] *dizendo o seguinte: ‘*Hoje *eu vou saber se meu neném é normal ou anormal, se tem síndrome de Down ou não (...)’. Às vezes elas saem até um pouco frustradas porque* não é pra isso*, é* só *uma taxa de risco, não é pra saber se é normal ou não. (...) Os médicos hoje fazem uma consulta muito rápida, é convênio, então eles dizem: ‘Você vai fazer a translucência nucal porque, se der alterado, seu neném pode ter síndrome de Down.’ Acabou, pronto, em quatro segundos falou, daí a paciente chega aqui e pergunta: ‘E aí, doutor, o neném é normal?’ Acabo* eu *tendo que explicar.*” (Clínica A)

> G: [Como se desculpando.] Confesso que tô um pouquinho ansiosa...
>
> Dra. Lúcia: Por causa da translucência? (...)
>
> G: De todos [exames], mais do que o morfológico... esse exame é o que mais me preocupa. (Clínica B)

Ficou patente no universo etnografado que, no tocante à produção de verdades médicas, se por um lado a tecnologia desfaz tensões dos mais variados tipos, por outro é também produtora de ansiedades que, em um ciclo de realimentação, só o uso da tecnologia pode de algum modo ajudar a dirimir. Esse *constructo* contém intrinsecamente a idéia da gravidez como um processo perigoso, potencialmente patológico, e da ciência e da tecnologia como capazes de proteger os sujeitos dos ‘perigos da natureza’. Ao mesmo tempo cristaliza-se entre o público leigo uma noção – em grande parte estimulada e sustentada pela mídia – de que, apoiada pela tecnologia, a biomedicina é capaz de prever e prevenir todo e qualquer tipo de problema. Essa situação é ilustrada

pelo relato a seguir, na qual a médica e eu fomos surpreendidas pela declaração de uma gestante – de alto nível socioeconômico – que denotava a atribuição de um sentido um tanto bizarro à amniocentese:

> Dra. Carla pergunta se já sabem o sexo fetal, G responde que é um menino, soube pela amniocentese. A médica, surpresa, pergunta a G porque fez esse exame [a TN foi normal e a G é jovem, portanto não havia nenhuma indicação médica para o procedimento]. G menciona de modo casual ter passado por "stress *no início da gravidez*", dizendo: "*Ele* [aponta o marido] *foi seqüestrado quando eu estava no início* [da gestação], *fiquei muito estressada e daí, preocupada, resolvi fazer o exame pra ver se estava tudo bem*." (Clínica C)

'Verdades' Não-Médicas

Em conjunto com a produção de verdades médicas ocorre uma vasta e rica produção de outro tipo de 'verdades', na qual, diferentemente das primeiras, médicos, gestantes e acompanhantes engajam-se em co-parceria, sempre partindo das imagens fetais. Há basicamente dois tipos de verdades que são construídas desse modo. O primeiro deles diz respeito à reconfiguração da subjetividade materna, tendo como eixo principal a significação ou a ressignificação de sensações maternas, calcada na visualidade. O segundo tipo refere-se à subjetivação fetal, que se constitui em um momento marcante na construção social do feto como Pessoa. A construção de gênero, especialmente a partir da determinação do sexo fetal, detém uma parcela significativa nesse processo, motivo pelo qual será tratada especificamente em capítulo à parte. Por enquanto, atenho-me à discussão da produção de verdades subjetivantes acerca do feto que pareceram ser relativamente independentes da construção de gênero.

Significando as sensações maternas

A significação das sensações maternas tem dois momentos distintos. O primeiro ocorre quando, na gravidez inicial, a gestante tem acesso às primeiras imagens de seu embrião ou feto, transformando-se em 'mãe' pela primeira vez naquela gestação.

> Dra. Lúcia: Lembra da data da última menstruação?
>
> G: 17 de março.

Dra. Lúcia: Sete semanas, então! Vai ver embriãozinho e tudo... [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens.] (...) É, *mãe*... Tá grávida *mesmo*... vam'medir... 13mm... [G sorri, dra. Lúcia aponta a tela.] Olha o coração lá! [Ouve-se o som dos batimentos cardíacos fetais. (...) G tem um largo sorriso estampado no rosto, está evidentemente feliz com o que vê.] Presentão, hein? [Mostrando com o dedo na tela do monitor.] Aqui o teu útero todo... o saco gestacional... vai ser a bolsa d'água... (...) Tu acha [*sic*] que vai ser o quê? Rapaz ou moça?

G: Uma moça... (Clínica B) (Ênfase minha)

G: Tá prontinho... Ele já se mexe? Eu não sinto ainda não... [A imagem pula na tela.]

Dr. Sílvio: No caso, tá mexendo...

G: Que gracinha!... Que lindo!... (Clínica C)

O segundo momento ocorre quando, já sentindo os movimentos fetais, por meio da visualização das imagens, a grávida correlaciona suas sensações a determinadas partes do corpo do feto.

G: O que tem aqui?

Dra. Lúcia: Braço, perna...

G: Sinto um osso me cutucando... *deve ser joelho...* (Clínica B) (Ênfase minha)

Dra. Carla: [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens, mostra com a sonda sobre a pelve de G.] Aqui a cabecinha...

G: Então virou!... Na outra [ultra-sonografia] estava pra cima... *Então o que sinto aqui é o pé?* [Aponta para seu hipocôndrio direito.]

Dra. Carla: Não... aí é o bumbum... a cabeça tá aqui... [Mostra a pelve de G.] Aqui o dorso, do lado direito...

G: *Aqui eu sinto bastante... deve ser grande o bumbum dela!* (Clínica C) (Ênfase minha)

> Dr. Henrique: [Mostra com a sonda sobre o abdômen de G.] Os bracinhos estão aqui para baixo...
>
> G: *Ah! Então é isso que me dá um cutucão!* (Clínica A) (Ênfase minha)

Nesse segundo momento, é como se as gestantes se 'apropriassem' e adquirissem o controle sobre seus fetos, o que paradoxalmente reforça a noção do concepto como um ente separado dela, apenas temporariamente alojado em seu útero. Eventualmente, o fato de identificar e conectar partes do corpo fetal a determinadas sensações ajuda as gestantes a tolerarem sensações dolorosas, em especial no final da gravidez.

> G: Sinto uma dor aqui... o que é?
>
> Dr. Henrique: É o pé que está aí.
>
> G: Ai! Ele enfia o pé na minha costela!... *Também, né, meu filho, tá tão apertado aí, né?* (Clínica A) (Ênfase minha)

Subjetivando o feto

A atividade fetal observada por meio das imagens dificilmente escapa de ser subjetivada pelos atores presentes – médicos, gestantes e acompanhantes – que se alternam nas interpretações as mais diversificadas e imaginosas possíveis:

> Dra. Lúcia: [A imagem do feto vira, como uma cambalhota.] Virou. Agora tá com o bumbum pra cima...
>
> P: [Meio timidamente.] Isso é aquilo... de timidez?... Que ele virou pra baixo? *Aquilo que ele sabe que está sendo olhado e bota a mão no rosto?* (...)
>
> Dra. Lúcia: Tem uma mãozinha de cada lado... Olha só! [A imagem da mão se mexe.]
>
> P: *Tá dando tchauzinho...* (Clínica B) (Ênfase minha)

> Dr. Sílvio: Aqui a imagem da face... (...) abriu a boca... [A imagem, de perfil, abre e fecha a boca.]
>
> P: [Para G.] Fechou, tá vendo?
>
> Dr. Sílvio: Isso eu acho bom... *uma criança que boceja dentro do útero, tá tranqüilo...* Isso não tem nada a ver com medicina, mas a gente tem a impressão... *ninguém boceja em situação de* stress*...* (Clínica C) (Ênfase minha)

Dr. Henrique: Isso é o cordãozinho... [Ouve-se o som da pulsação.] A coluninha... tá difícil ver o sexo... vou sacudir ele um pouquinho aqui [balança a sonda sobre o abdômen de G, que ri]. Vam'lá, neném!

Avó: Com o outro também foi assim, [G] teve que virar de lado...

Dr. Henrique: *Não quer mostrar...*

G: *Faz isso com a gente não, neném!* (Clínica A) (Ênfase minha)

Na comparação com as outras duas clínicas, a subjetivação fetal observada na clínica C revelou um discurso mais psicologizado dos atores presentes, com 'tonalidades' por assim dizer psicanalíticas, fosse atribuindo significações 'ocultas' às ações fetais, fosse considerando a possibilidade de o feto 'interpretar mal' o que estava sendo conversado na sala.

[Em ultra-som anterior haviam sido visualizadas imagens císticas no pulmão e tratava-se de um exame de acompanhamento do problema.]

Dra. Carla: *Ela tá colaborando!* Tá de frente, de peito aberto! [Faz um gesto mostrando a posição.] Não estou vendo mais nada...

G: [Ainda não acreditando.] Nem área branca, nem nada?

Dra. Carla: Nada. A área branca era muito focal.

G: [Abrindo um grande sorriso.] É um presente! (...) [Satisfeita, para P.] Foi o Reiki que eu fiz, falei pra você!

P: *Mari tava se valorizando, arrumou um cisto pulmonar pra chamar a atenção...* (Clínica C) (Ênfase minha)

Dra. Carla: [Finalizando o exame.] O que mais vocês querem saber?

P: Que ela não saia antes da hora!

G: Rogério! *Ela tá ouvindo! Vai pensar que você não quer ver ela!* (Clínica C) (Ênfase minha)

Dr. Sílvio: [Tentando obter uma imagem em 3D.] Vou pedir a você pra me ajudar... [Aperta um ponto na pelve de G, com a sonda.] Bota a mão aqui... aperta...

G: Coitado! *Vai ficar traumatizado!*

Dr. Sílvio: [Ri.] Pode dizer a ele que o médico pediu... [G ri.]

P: [Rindo, para o dr. Sílvio.] Você segura [a 'reclamação' ou 'trauma' do feto]?... [Todos riem.] (Clínica C) (Ênfase minha)

'Semelhanças' com a família

Um outro conjunto de verdades não-médicas produzido no universo observado diz respeito ao encontro de sinais de pertencimento do feto à família, calcado em 'semelhanças' de ordem física ou 'comportamental' com membros da família. Cabe aqui um parêntesis. Os termos aspeados visam sublinhar a produção de dois tipos de *constructo*. Considerando estritamente as imagens que aparecem na tela do monitor, por mais sofisticada que seja a tecnologia, as semelhanças físicas decorrem muito mais do desejo de 'ver' dos atores do que de reais constatações visuais. Comportamental entre aspas frisa o fato de que ao interpretarem atividades e movimentos fetais, possivelmente reflexos, como 'condutas' do feto, os atores revelam a maneira pela qual se produz a subjetivação do concepto. Às vezes, os médicos instigavam a busca de semelhanças físicas, mas com freqüência o assunto surgia espontaneamente.

Dr. Henrique: [Mostrando a imagem 3D.] Á lá! Parece com quem?

G: O que é aquele nariz ali? [Para P.] Não é o teu, não... (Clínica A)

Dra. Lúcia: Aqui a nuca... tá ótima. Á lá o fêmur... o *tamanho* do fêmur...

P: Se for ser do meu tamanho... [aponta o próprio fêmur, indicando que vai ser alto].

G: Minha barriga vai ficar enorme... (Clínica B, matriz)

Do ponto de vista 'comportamental', as supostas semelhanças poderiam estar carregadas de conotações positivas ou negativas e, em várias ocasiões, serviram como base para implicâncias ou brincadeiras entre casais:

[O casal chega para a ultra-sonografia com a certeza de que o feto é feminino. Contudo, no decorrer do exame o médico revela que o feto é masculino. G mostra-se muito decepcionada e P fica eufórico.]

P: [Liga o celular.] Vou falar com a minha sogra... minha mãe... meu pai... tô até tremendo de tanta emoção... *mas é meu filho mesmo! Só pra contrariar a mãe...* Eu sabia!... Tá tudo certinho, doutor? (Clínica A) (Ênfase minha)

P: [Olhando para a tela do monitor.] Nesse horário se mexe mais... [Já passa das 19h.]

G: *De manhã quase não se mexe...* [ri, olha para P *que nem você.* Só funciona depois das 11 da manhã... Aí ele pega no tranco... [O casal ri.] (Clínica C) (Ênfases minhas)

[Havia uma preocupação com uma imagem que surgira em exame anterior. Neste exame, aparentemente tudo estava normal.]

G: [Para P.] *Só podia ser sua filha mesmo, pra dar esse trabalho todo***.** (Clínica C) (Ênfase minha)

Na clínica C, as 'semelhanças' eventualmente continham de modo implícito um sentido de linhagem, compatível com o perfil elitizado daquela clientela.

P: Se nascer sexta-feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47 cm...

G: Se nascer baixinha e invocada... As mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas. [Ri.]

P: Na minha família são altas. [Ri.] Altas e invocadas. A avó não é alta, mas é invocada... [Para G.] Melhor a família do teu pai... [Ri.] Sangue alemão tem poder! (Clínica C)

'Verdades' Dolorosas: a comunicação de más notícias

A tecnologia de ultra-som aplicada à obstetrícia tem como *raison d'être* o diagnóstico pré-natal. Existe, portanto, subjacente à realização de qualquer exame, uma tensão relativa à possibilidade de que se encontre alguma patologia, materna ou fetal. Em que pese a afirmativa do dr. Sílvio de que "*a expectativa do ultra-som obstétrico é de uma coisa* boa*... diferente de quando você tem um câncer, vai ver se tem no fígado... já vai meio preparado para uma notícia ruim...*", em diversas ocasiões minha impressão era de que havia um clima excessivamente eufórico e um reforço do 'ultra-som como espetáculo', quase como uma tentativa mágica de afastar 'maus fluidos', conjurar 'maus pensamentos' ou, em última instância, de modo mais prático, como uma forma de evitar que esse tipo de 'verdade' emergisse.

G: Translucência... tá normal?

Dr. Sílvio: Bem fininha... O que vocês vão receber é um número de risco corrigido... [O resultado da translucência] corrige pra cima ou corrige pra baixo... o risco da idade. Não diz se tem ou não algum problema... Mas tá distante do risco...

G: [Sem entender.] E a gente? Tá distante do risco?...

P: Mas isso é quando há... [nitidamente evitando se referir à possibilidade de anomalia fetal]. *Deixa pra lá... ficar falando do filho dos outros...* (Clínica C) (Ênfase minha)

Considerando esta questão de um modo linear, levando-se em conta apenas o conteúdo explícito observado, chegava a ser de certo modo surpreendente o clima alegre que ocorria na maioria das sessões e quão poucas vezes era mencionada de maneira clara a possibilidade de haver problemas. A pergunta "*Está tudo bem?*", ou "*É normal?*", era freqüentemente formulada pelas gestantes em tom casual, como se a única resposta possível fosse a positiva. Contudo, eventualmente havia surpresas desagradáveis para as grávidas.

A comunicação das más notícias passava-se em dois tempos: no tempo real – durante a execução do exame – e, em um segundo momento, quando ocorria como que a 'concretização' da notícia, com a redação dos laudos e a informação direta ao obstetra pelo ultra-sonografista. No tempo real, conforme vimos no capítulo anterior, os ultra-sonografistas dispunham de alguns recursos visuais que eram usados visando tranqüilizar as gestantes na medida do possível.

Os profissionais observados utilizavam diferentes estratégias, que dependiam em parte das suas próprias características pessoais e daquelas das clientes, além do tipo e da gravidade do problema. Apesar de haver uma gama bastante variável de possibilidades de atuação, foi observado que cada um adotava predominantemente um determinado tipo de estratégia para lidar com a situação. Um médico, em comunicação pessoal, informou-me que há diversas discussões entre os profissionais de ultra-som acerca do que seja ou não recomendado como atitude adequada nesse campo. Há apenas um relativo consenso sobre o fato de os ultra-sonografistas não recomendarem outros exames complementares às gestantes para dirimir dúvidas acerca de diagnósticos, sob o risco de incorrerem em infrações éticas em relação aos obstetras responsáveis. No tocante à comunicação das más notícias propriamente ditas, notei que havia basicamente três possibilidades de manejo.

A mais freqüente consistia em 'evitar' a primeira etapa, não comunicar nada à gestante durante o exame e, mais tarde, entrar em contato com o(a)

obstetra para que ele(a) manejasse a questão. Notei a existência de discrepâncias entre o discurso e a prática: por exemplo, um dia, uma médica na clínica B disse que, daquele momento em diante, iria "*falar* pouco *nos exames*", pois estivera recentemente "*num negócio de ética aí* [*sic*] *(...) uma conferência que o cara ficou falando que a gente devia falar pouco pras pacientes...*"; dra. Lúcia se contrapôs imediatamente, dizendo: "*Ah!* Depende *da paciente! A gente vê... eu falo* tudo *pra paciente*" – o que, conforme eu observara em diversas ocasiões, não correspondia exatamente aos fatos.

A exceção a esse modo freqüente de atuação era o dr. Henrique:

> Pergunto a Henrique se ele informa as pacientes quando encontra patologias, ele diz que sim, "*sempre*". Há divergências entre os colegas, alguns não dizem nada para as pacientes e se comunicam só com o obstetra, mas ele faz as duas coisas: "*Até porque elas sempre perguntam se está tudo bem, e eu acho errado dizer que está, se não está. Aí é um* stress*, tem as reações mais variadas, e também gasta* muito *tempo. Mas eu* sempre *converso, explico as possibilidades. E depois ligo para o colega.*" (Clínica A)

Evitar a primeira etapa podia se tornar uma situação complicada: duas situações observadas nas clínicas B e C evidenciaram algumas diferenças de manejo que, para além das diferenças idiossincráticas, diziam respeito à gravidade dos casos; mesmo tentando evitar fornecer a má notícia, pela severidade do problema encontrado a informação não podia ser muito adiada, uma vez que estavam também em jogo a competência e a credibilidade do profissional.

> [G veio fazer novo exame de TN, porque o anterior revelou uma alteração muito acentuada neste parâmetro.]
>
> Dra. Lúcia: Aqui tá meio de perfil... *Tem* o osso nasal...
>
> G: [Animando-se.] Então tá bem?
>
> Dra. Lúcia: Não... é só menos um fator. [Surpresa.] Tu já tá sabendo [*sic*] do osso nasal?
>
> G: É... [Olhando a TV.] Ai, que bonito o perfil! [Para a acompanhante.] Bonitinho, tá vendo, tia? (...)
>
> Dra. Lúcia: [Prossegue o exame, silenciosa. Surge o corte cefálico.] A massa encefálica, que bonitinho... Parece uma borboleta...
>
> G: [Ri.] É... parece uma borboleta, tá direitinho... (...)

Dra. Lúcia: [Mostra.] O osso da perna.

G: [Sorri.] Ah! (Clínica B, matriz)

[O feto teve detectada uma fenda labial em exame realizado em outra clínica. Ao chegar, o marido alertou as atendentes de que "*não queria que a minha mulher soubesse*" e estas avisaram ao dr. Sílvio. Vieram para um exame 3D, provavelmente a pedido de G.]

Dr. Sílvio: Vamos à cabecinha... Cerebelo... Direitinho... [G suspira ao olhar para a TV.] Ansiosa?

G: É. Tô *muito* nervosa. [Estranhamente ninguém pergunta por quê; G está lívida (...) Surge a imagem do perfil, G abre um sorriso.] Ah! O rostinho!

Dr. Sílvio: [Justificando-se.] O feto mexe muito... tá difícil... os batimentos do coração... 140 batimentos por minuto... (...) Está com a mão na frente, agora... Bem... eu vou ficar devendo [o exame 3D]... por dois motivos. A imagem está limitada, mexe muito e não está de frente...

G: [Nitidamente ansiosa.] Mas ele está *bem*, não é?

Dr. Sílvio: [Nitidamente constrangido.] Bom... tem um pouquinho mais de líquido amniótico...

G: E isso é ruim?

Dr. Sílvio: Não... é um dado que vou colocar no exame... (Clínica C)

Nas duas situações referidas, o desfecho ocorreu depois do exame. Na clínica B, a dra. Lúcia, em seguida ao término, ao entregar o laudo em mãos na sala de espera, explicou diretamente à gestante a gravidade da situação fetal. No caso da clínica C, no dia seguinte, o marido telefonou para o dr. Sílvio informando que G estava ciente da anomalia, tendo o casal retornado para realizar outros exames.

Uma segunda estratégia consistia em mostrar primeiramente os aspectos normais do feto, enfatizando-os, para em seguida apontar aspectos francamente patológicos ou que deveriam ser mais bem avaliados em um acompanhamento:

Dra. Sandra diz que na semana passada viu um cisto em um dos gêmeos e passou esta semana "*na maior agonia, existe outro feto* [normal]*, e havia uma questão urgente a resolver, porque se esse feto fosse inviável,*

teria que ser 'reduzido'(...)".[8] [A gestação fora fruto de fertilização *in vitro*]. Pergunto-lhe como costuma lidar essas situações; ela diz que é muito difícil. No exame de hoje, começou "*falando do 'fetinho 2', que estava ótimo etc., para só então falar que tinha visto na semana passada uma coisa, mas que agora até estava menos preocupada do que antes*", e só aí comunicou ao casal o que havia visto antes. (Clínica C)

A terceira forma de lidar com más notícias era fornecê-las diretamente no decorrer da ultra-sonografia, uma situação sempre traumática para as gestantes e sofrida para os profissionais. Poucas vezes presenciei situações do gênero, mas meus informantes médicos forneceram-me diversos relatos delas. Evidentemente, a gravidade da situação a ser comunicada também desempenhava um papel crucial na dificuldade de os profissionais lidarem com esse tipo de comunicação:

Dra. Lúcia relata a situação de uma paciente que teve uma gravidez tubária rota e, meses depois, engravidou. No exame para verificar a nova gravidez, G tinha muito medo de que a situação se repetisse. A médica disse-lhe: "*Claro que vai estar tudo bem, deixa de bobagem!*", mas ao começar o exame viu que se tratava de outra gravidez tubária. Revela que ficou "*muito sem jeito para dar a notícia, a gestante começou a chorar e a pedir desculpas ao marido, lamentando: 'Ele queria tanto esse filho!'*", e a dra. Lúcia teria perguntado: "*Por que* desculpas*? Mas tu não queria* [*sic*] *também?*" (Clínica B)

Dra. Sandra relata um caso em que ela viu que o feto, de oito meses, estava morto. A gestante informou que telefonara para o obstetra duas semanas antes, "*dizendo que ele tinha parado de mexer*", e o médico teria respondido que "*tem uns que mexem mais, outros menos*". Diante disso, a gestante só foi fazer o ultra-som 15 dias depois. A médica revelou que na hora de dar a notícia não usou o termo 'morto': "*Não consegui, disse que o feto estava sem vida*" (...) e comentou: "*é um tipo de coisa muito difícil de lidar.*" (Clínica C)

Podia-se produzir uma situação de impasse:

Dr. Sílvio me pergunta: "*A Carla te contou sobre uma 'saia justa' que ela passou? Veio uma gestante com tanta gente, mas tanta, que não cabia todo mundo na sala. Aí eles combinaram o seguinte: entrava primeiro uma parte e depois entrava a outra. Só que logo no início ela*

descobriu que o feto era anencéfalo! Ficou tão *nervosa que acabou interrompendo o exame no meio e vindo me perguntar o que fazer.*" (Clínica C)

As estratégias dos profissionais podiam ser 'atropeladas' pela socialização visual das gestantes, como vimos, quando estas conseguiam decodificar que algo de errado estava acontecendo e inquiriam diretamente os médicos – circunstâncias que se tornavam particularmente constrangedoras, pois era como se pegassem o médico 'de surpresa', antes que ele tivesse tempo de estabelecer com calma a forma de abordagem da situação, como no exemplo do feto com fenda labial. Os momentos difíceis – provocados quando a gestante ou um dos acompanhantes 'viam' algo – eram tema de diversas conversas entre os médicos, possivelmente um modo de compartilharem experiências, diminuírem a tensão vivida e se apoiarem mutuamente:

> Dra. Sandra diz que quando vê coisas "*muito erradas*" com o feto, "*acabo falando*". Conversamos sobre um caso problemático cuja imagem ainda estava na tela; ela diz que P perguntou "*O que é aquela mancha escura?*", e acrescenta: "*Ele é veterinário, é* fogo... não dá pra esconder. *Ela* [G] *só dizia tadinho... tadinho'.*" (Clínica C) (Ênfase minha)

Dr. Sílvio relatou um caso ocorrido com ele no dia anterior:

> *Você* devia *estar aqui... era um morfológico, 24 semanas, o feto era anencéfalo... O casal era médico, mas eles não falaram no início. Só quando eu olhei o encéfalo e não vi nada, comecei a dizer 'este é o encéfalo', fiquei sem saber como dizer que o feto era inviável, mas* acho que o marido viu a imagem e sacou*, e mandou a mensagem dizendo: 'nós somos médicos'. Aí eu disse: 'tenho uma notícia muito ruim para dar para vocês', e falei.* (Clínica C) (Ênfase minha)

Gestantes sensíveis ou preocupadas olhavam com freqüência e fixamente para o rosto dos médicos, buscando nos seus semblantes indicações – positivas ou negativas – acerca do que se passava, e os profissionais estavam cientes do escrutínio do qual eram alvo.

> Dr. Sílvio relata: "*Eu estava fazendo o exame, aí o marido me disse: 'você* não sabe o que aconteceu*... depois do último exame, ela passou a* noite *sem dormir, porque achou que você estava com uma ruga na testa'...* [Para mim.] *Sabe aquele gesto que eu faço e nem percebo?* [De passar o polegar e o indicador pelos cantos da boca entreaberta, um

tique seu.] *Pois é... aí a paciente virou pra mim e disse:* 'Isso*, por exemplo, que você fez agora... o que quer dizer?'* " (Clínica C)

Ao longo do tempo da observação, tornou-se evidente que a questão das más notícias e de como apresentá-las às gestantes está longe de ser um consenso entre os ultra-sonografistas. Não existe nenhum tipo de protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Ultra-Som a respeito do assunto, de modo que as atitudes a serem tomadas dependem exclusivamente de decisões pessoais dos profissionais, calcadas em seus valores, sensibilidades e crenças.

O ponto a ser sublinhado aqui consiste em que, desde há muito, preocupações de gestantes sobre a saúde fetal não são nenhuma novidade. O aspecto que foi radicalmente reconfigurado deriva-se do fato de que, até o surgimento e a difusão da ultra-sonografia, as dúvidas sobre a normalidade do feto só eram sanadas com o nascimento. O uso do ultra-som na gravidez antecipou a possibilidade de se tomar conhecimento da existência de anomalias antes do parto, embora as possibilidades de interferência ou cura ainda sejam bastante limitadas. Se, por um lado, algumas das ansiedades a respeito da normalidade fetal passaram a poder ser 'dissolvidas' antes do nascimento, por outro passou a existir uma enorme pressão social para que se escrutine e monitore precocemente cada gravidez o mais de perto e o mais tecnologicamente possível.

O Mito da 'Objetividade da Imagem Técnica' e Suas Vicissitudes

O quarto aspecto relacionado à produção de verdades pela tecnologia de imageamento médico, que designo por 'mito da objetividade', é um tema pouco explorado na literatura, mas bastante familiar aos profissionais que lidam com diagnóstico por imagem. No campo da ultra-sonografia, em especial a obstétrica, a questão pode adquirir contornos dramáticos, com os quais os profissionais são confrontados diretamente.

Todos os médicos no universo etnografado estavam profundamente cientes do peso e da importância da subjetividade contidos em sua atividade cotidiana, tanto do ponto de vista da decodificação das imagens quanto no que dizia respeito ao contato direto com a clientela, e se ressentiam da atribuição de objetividade à imagem técnica, fosse por parte dos clientes – leigos –, fosse por parte dos médicos que solicitavam os exames.

Dra. Cláudia comenta que outro dia, antes de fazer ultra-som abdominal de um senhor, perguntou-lhe o que sentia; ele respondeu: "*Não vou te dizer, para você descobrir o que eu tenho* mesmo". Dra. Carmen reclama do fato de que os médicos raramente indicam a suspeita diagnóstica no pedido de exame, o que facilitaria o trabalho do ultra-sonografista e beneficiaria o paciente. Relata uma situação que classifica de "*surreal*": "*Ontem atendi uma surda-muda, com um pedido de* [ultra-som] *transvaginal sem nada mais escrito, que ainda por cima veio* desacompanhada *pro exame. Pode? Como é que eu ia saber o que procurar?*" (Clínica A)

Quando essa atribuição de 'objetividade' advinha dos pacientes, existia ainda alguma tolerância, mas quando provinha de colegas médicos, em várias ocasiões presenciei explosões de irritação por parte dos meus informantes. Por vezes, evidenciava-se um tipo de desinformação ou mitificação das possibilidades diagnósticas oferecidas pela ultra-sonografia, por parte de profissionais de outras especialidades, com graves conseqüências para as gestantes e os seus fetos, como na situação a seguir descrita extensivamente:

G: Descobri que estava grávida em uma ultra-sonografia, já com três meses... Não sabia que estava grávida, tive que fazer uma cirurgia de tireóide, tomei Lugol, iodo radioativo... (...) tinha hipertireoidismo... agora estou hipo. [Surgem as primeiras imagens na tela.] (...) Operei com o Y [um cirurgião de renome]... *ele pediu uma* [ultra-sonografia] *pélvica, em dezembro, não apareceu nada...* a última menstruação foi em novembro...

Dr. Henrique: É... nessa época não pega, às vezes.../

G: /... tomei dez dias de iodo... a preocupação é com malformação... não dá pra saber nada?...

Dr. Henrique: Vamos ver...

G: Minha preocupação é com o coração... (...) [Para o dr. Henrique.] O coração tá normal?... Quando ele mandou fazer o ultra-som pélvico eu devia estar com quatro semanas... acho que ele tava desconfiando...

Dr. Henrique: Tá ótimo... o rastreamento em si tá tranqüilo...

G: Você acha que eu devo fazer amniocentese?

Dr. Henrique: A princípio não tem indicação... não vai responder à questão da medicação... vai complementar no morfológico, aí tem 85 a 90% de

chance de detectar problemas... [Passa para o exame transvaginal, surgem outras imagens fetais.] (...)

G: [Em tom interrogativo, olha para a tela, conferindo.] Tem dois braços... duas pernas... (...)

[Ao sairmos do exame, tenho a impressão de que esta gestante – que se encontra em torno da 13ª semana gestacional – foi vítima de um erro. Confiro minha dúvida com Henrique, que concorda comigo achando que ela deveria ter feito um exame de β-HCG, que detectaria mais precocemente a gravidez. Aparentemente, o cirurgião achou que uma ultra-sonografia pélvica seria o necessário e o suficiente para se assegurar de que a mulher não estava grávida. Henrique está preocupado com esta situação, embora não o tenha expressado abertamente com a gestante. "*Até o momento, não há malformações visíveis, mas não se pode ter certeza de nada*."] (Clínica A) (Ênfases minhas)

Ocorrem algumas situações que beiram o cômico, vinculadas à crença generalizada de que a imagem forneceria *todas* as informações necessárias para o esclarecimento de problemas, como em um caso que me foi relatado informalmente fora do campo.

Uma senhora liga para o consultório de seu ginecologista e explica à atendente que precisa contatá-lo por estar com uma hemorragia. O médico não se encontra no momento, e a atendente diz: "*É melhor a senhora já ir fazendo um ultra-som para ver se não perdeu o neném.*" A paciente responde à atendente: "*Minha filha, eu tenho 52 anos!*"

Essas situações fornecem elementos interessantes para o entendimento de que a 'objetividade' da imagem ultra-sonográfica não passa de um mito compartilhado culturalmente, uma situação na qual os ultra-sonografistas constituem a exceção, na medida em que têm uma noção bastante clara das possibilidades e limitações oferecidas por essa mesma tecnologia.

Apropriações, Fusões e Reconfigurações

Embora a proposta da pesquisa fosse de ordem qualitativa, o número de sessões observadas resultou por salientar uma questão de ordem quantitativa. Refiro-me aqui ao fato de que, em que pese a evidente medicalização da gravidez, a imensa maioria das sessões ultra-sonográficas foi de gestações normais,

o que sem sombra de dúvida contribui de modo marcante para a constituição da ultra-sonografia obstétrica como espetáculo, lazer e objeto de consumo. (Em cerca de duzentas ultra-sonografias observadas nas três clínicas, não mais que dez exames revelaram patologias graves ou morte fetal.) Essa transformação do sentido do exame detém um papel importante para que sejam simultaneamente reconfiguradas as percepções sobre a gravidez e o feto, e se articula a outras questões bastante interessantes que transcendem em muito o campo médico obstétrico.

A criatividade com que gestantes, acompanhantes e parceiros se apropriavam e interpretavam as informações médicas a partir das 'verdades objetivas' produzidas pela aparelhagem, e a seguir interpretadas pelos profissionais, consiste em um exemplo claro da dinâmica com que se estabelece e se consolida a produção de verdades medicalizantes sobre a gestação e sobre o feto. Longe de ser um processo 'de cima para baixo', ou de uma 'imposição' da tecnologia sobre as vivências 'naturais' da gravidez, o que ocorre no universo etnografado é que, ao atribuir os significados os mais curiosos e inusitados possíveis e imagináveis às imagens esfumaçadas e cinzentas, que se sucedem rapidamente na tela do monitor, os atores – inclusive os médicos, em uma inflexão interessante – subjetivam as manchas e transformam-nas em algo bastante diferente de seu propósito original. A imagem do feto é tomada como equivalente à sua presença 'em pessoa', como quando gestantes, acompanhantes e mesmo médicos dirigem-se a ele 'dando ordens': "*Faz isso com a gente não, neném!*" ou 'compartilhando percepções': "*Também, né, meu filho, 'tá tão apertado aí, né?*" (Clínica A).

Sem deixar de ser uma tecnologia diagnóstica, ao serem produzidas inúmeras 'verdades' não-médicas sobre a gravidez e o feto, a ultra-sonografia fetal torna-se também um elemento de consumo e de diversão. Esse movimento configura o que Jesús Martin-Barbero, discutindo a cultura popular e o processo de comunicação pelo prisma da recepção, conceitua como "resistências" (Martin-Barbero, 2003: 28), enfatizando o lado ativo dos atores pelo *uso* que fazem das mensagens recebidas.

No caso da transformação do ultra-som em 'espetáculo', em especial a partir das verdades não-médicas, evidencia-se que essa resistência não significaria exclusivamente – ou necessariamente – uma oposição à 'hipermedicalização' da gravidez. Vale ressaltar em primeiro lugar que, no que concerne à medicalização, não se trata de um processo autoritário produzido 'maquiavelicamente' pelos médicos, e sim de um movimento complexo no qual é construída uma 'necessidade' de monitoramento e vigilância da saúde, instigada em grande parte pela cultura de risco contemporânea, na qual se espera uma gestação "sem

surpresas" (Arney, 1982: 175). Além disso, é importante pontuar que todos os atores envolvidos encontram-se dentro de uma configuração cultural na qual a visualidade e a espetacularidade são preponderantes, o que contribui para que a visualização da imagem do feto seja equiparada pelos presentes à existência dele fora do útero.

A produção do 'prazer de ver' as imagens fetais é uma das resultantes de toda essa articulação que, por seu turno, alavanca uma situação de demanda ativa das gestantes para se submeterem ao exame, o que gera um ciclo de realimentação. Constrói-se assim, portanto, uma dinâmica que se torna constitutiva do campo: a apropriação, por assim dizer, lúdica, do exame e a atribuição de significados insólitos partindo dessa tecnologia de imagem e mesmo das verdades médicas resultam em uma instigação ao consumo da ultra-sonografia e, conseqüentemente, em um reforço da medicalização que nela se encontra intrínseca.

Notas

1 O cateterismo cardíaco é outra exceção no universo das tecnologias de imageamento médico, no sentido de que também são produzidos diagnósticos em 'tempo real', pelo médico que o realiza. Contudo, no tocante à passividade requerida do paciente, assemelha-se às outras tecnologias. Ver Monteiro (2001).

2 Alguns autores, dentre os quais destaca-se Steven Johnson, vêm discutindo a construção do que denominam 'interfaces', por meio das quais os sujeitos entram em contato, interagem e significam elementos tecnológicos (Johnson, 2001). Por esse prisma, a imagem ultra-sonográfica pode ser considerada a interface por meio da qual os atores do universo observado vêm reconfigurando diversos aspectos da construção social da gravidez.

3 Saco gestacional é a primeira estrutura formada ao haver a implantação do óvulo fecundado no útero. Dentro do saco gestacional tem início a formação do embrião e, à medida que a gravidez evolui, esta estrutura dará origem à bolsa amniótica e à placenta.

4 A 'viabilidade' fetal é outra das várias situações 'híbridas' encontradas no campo, pois depende em primeiro lugar da idade do feto mas, de modo significativo, também da tecnologia disponível para cuidados com prematuros.

5 Incisura, avaliada no exame de *doppler*, é uma medida do aumento da resistência ao fluxo sangüíneo nas artérias uterinas e, portanto, pode ser uni ou bilateral. No segundo caso, implica a tomada de algumas precauções como o uso de aspirina pela gestante e um monitoramento estreito das condições circulatórias maternas e fetais, assim como do crescimento fetal por meio de exames de ultra-som.

6 Estrutura que se forma no ovário no início da gestação, produtora de progesterona, hormônio que ajuda a manter a gravidez. Depois do terceiro mês a placenta assume essa função hormonal, e o corpo-lúteo desaparece.

7 Utilizei aspas para os termos ‘menino’ e ‘menina’ para frisar que trata-se de fetos, antecipadamente considerados pelos atores como crianças já nascidas, ou seja, são meninos e meninas apenas do ponto de vista êmico.

8 Termo eufemístico para designar a retirada de um embrião ou feto anômalo resultante de fertilização assistida. Fala-se sempre em ‘redução’ nesses casos; jamais o termo ‘aborto’ foi mencionado.

6

'O Melhor Filme da Minha Vida': espetáculo e consumo de imagens no exame de ultra-som

G: Eu quero uma foto do *baby*... você vai me dar? Para levar na carteira?
Dr. Sílvio: Claro!... Esse é o meu papel... é a *minha atividade!* Um amigo meu, um dia desses, me apresentou para um conhecido dele, dizendo: 'Esse é um amigo meu, que é fotógrafo de interiores.' [Gargalhadas gerais na sala.]
G: [Rindo.] Ele deixa o bebê *lindo*! (Clínica C)

Irmão [5 anos]: [Surge a imagem da face do feto.] Mãe! Olha! [Excitado.] Olha! Como é que tem luzinha na cara do Lucca se na barriga não tem lâmpada? (Clínica A)

A visualização do interior do corpo como espetáculo tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XVI, quando Vesálio inicia as primeiras dissecações públicas (Carlino, 1999; Ferrari, 1987; Park, 1994). A vinculação entre ciência e espetáculo também não é nenhuma novidade, e diversos autores dedicaram-se ao tema. Nesse sentido, no Ocidente, o ultra-som como espetáculo está em continuidade com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo. O elemento que pode ser considerado como uma ruptura é referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento inaugurada com a invenção dos raios X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los ou invadi-los com tubos. Especificamente no tocante à ultra-sonografia, nos termos de um informante – um dos pioneiros no uso de ultra-som no Rio de Janeiro – "*existe a obstetrícia* antes *e a obstetrícia* depois *do ultra-som*".

Jannelle Taylor, abordando a tecnologia de ultra-som como uma prática social, salienta seu caráter híbrido, na medida em que, durante a realização do exame, busca-se a avaliação de uma série de parâmetros médicos ao lado de outras utilizações não-médicas, como 'reasseguramento' e 'reforço do *bonding*', conforme vimos. Há uma relativa incorporação de tais aspectos não-médicos

ao ultra-som, mas para além deles um outro se impõe, colocado em oposição a valores e a práticas médicas – ao menos nos discursos dos profissionais. Trata-se do exame como objeto de consumo em si. Nos Estados Unidos, eles são realizados por técnicos não-médicos, embora os laudos sejam sempre dados por especialistas em imagem, significando que, em última instância, a ultra-sonografia é considerada um procedimento médico (Taylor, 1998). No Brasil, como vimos, a realização de ultra-som foi definida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como 'ato médico', desde 1992.

Na prática, há diversas ambigüidades, tanto no que diz respeito à indicação do exame quanto à sua utilização pelas gestantes e pelos parceiros. A recomendação do exame por conta dos 'benefícios psicológicos' encontra-se em sutil continuidade com a incitação ao consumo de imagens fetais, cuja explicitação ocorre quando a gestante recebe 'um retrato do bebê' para levar com ela, independentemente do laudo, ou com a produção de um vídeo em VHS ou CD com a gravação do ultra-som, que será exibido em casa para parentes e amigos. No Brasil, o fato de o exame ser sempre realizado por médicos acentua sua definição como 'ato médico' e aprofunda a ambigüidade da posição desses profissionais quando a demanda do ultra-som é de caráter nitidamente consumista.

Uma parte sempre importante dos exames nos Estados Unidos – assim como no universo etnografado nesta pesquisa –, 'mostrar o bebê' funciona tanto como resposta à demanda de consumo de imagem como reforço da própria tecnologia como produtora de conhecimento confiável. Nos Estados Unidos, o protocolo de exame determina que o técnico nada revele à gestante caso seja encontrada alguma anomalia fetal. Ele deverá comunicar o achado ao médico assistente da gestante, e esta será então encaminhada a uma sessão de aconselhamento (Taylor, 1998). No Brasil, existem recomendações conflitantes nesse sentido; contudo, no campo pesquisado, conforme vimos no capítulo anterior, a tendência observada foi a de o médico eventualmente revelar o problema à gestante durante o exame, de modo muito cauteloso quando o fazia, e em seguida comunicar sempre ao obstetra, aí em termos mais diretos.

'Mostrar o bebê' inclui também uma perspectiva didática, na medida em que pretende tornar compreensíveis as imagens para os leigos. Como vimos, por meio desse processo é produzida uma 'socialização visual', gerando uma linguagem comum – medicalizada – entre o profissional e as gestantes, e um treinamento visual de muitas delas, que vão se tornando gradualmente aptas a decodificarem sozinhas uma ou outra imagem.

Desse modo, inevitavelmente, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil o exame contém uma faceta médica e outra de entretenimento. Contudo,

conforme ressalta Taylor, quando o aspecto duplo da medicina e do entretenimento entranhados na tecnologia de ultra-som torna-se completamente separado no espaço e no tempo, ocorre um movimento da ordem médica no sentido de deter a cisão. Quando uma empresa nos Estados Unidos passou a oferecer a produção de vídeos com ultra-sonografias às gestantes, exclusivamente com o propósito de diversão, foi fechada pelo Food and Drug Administration (FDA). Mesmo assim, com relativa freqüência no contexto médico americano existem a ambigüidade e a separação no tempo, quando, por exemplo, na impossibilidade de determinar o sexo do feto em virtude de sua posição no útero, técnicos marcam uma nova data de exame exclusivamente com este propósito. A permissão para voltar com o objetivo único de "ver o sexo" apresenta-se revestida pela racionalidade dos "benefícios psicológicos", que travestem parcialmente o aspecto de entretenimento e consumo da imagem (Taylor, 1998: 30).

No Brasil, o médico ocupa uma posição mista de educador e de entretenedor, posto que, na seqüência de imagens produzidas, há uma nítida roteirização que constrói implicitamente uma narrativa. Entre colegas, no campo observado, tal demanda de imagem foi sempre referida pelos profissionais de modo depreciativo, embora na maior parte das vezes atendesse às solicitações das gestantes e acompanhantes, como vimos até aqui. Como entretenedor, o médico desempenha diversas funções, sendo em especial o diretor do '*show*'. O espetáculo tem um sentido muito semelhante ao de um documentário, no qual conhecimento e lazer se mesclam. Ao mesmo tempo, por ser médico, seu papel está por princípio informado por uma dupla hierarquia do saber, ao ser detentor não apenas do conhecimento médico como também da capacidade de decodificação das imagens incompreensíveis para um leigo, ou mesmo para um médico não-treinado no entendimento e na interpretação específicos das imagens ultra-sonográficas.

Ao longo da observação etnográfica emergiu um aspecto pregnante do campo pesquisado: a sessão ultra-sonográfica obstétrica e as imagens fetais como um espetáculo em si, capazes de proporcionar prazer e diversão aos diversos atores presentes ao exame – inclusive a observadora. Cabe observar que boa parte da *minha* diversão esteve mais vinculada aos aspectos absolutamente surpreendentes – freqüentemente engraçados e sempre densos de sentido – que emergiram no decorrer da observação do que às imagens fetais em si, embora por vezes estas exercessem uma atração irresistível, polarizando a atenção de todos. Em conjunto com esta situação, chama a atenção o consumo das imagens fetais sob a forma de 'fotos', vídeos, CD-ROMs ou DVDs como um elemento marcante no universo observado. Insisto em usar 'foto' entre aspas por ser um termo êmico, mas principalmente porque, a rigor, não se trata

de fotos e sim de um registro da tradução, em imagem, dos impulsos elétricos resultantes da transformação dos ecos das ondas sonoras captados pela sonda, processados pelo computador. É também importante ter-se em mente que o uso do termo 'foto' contém implícita a idéia do feto 'externalizado' por meio do ultra-som.

Observei que, dependendo da formação de origem do ultra-sonografista – diagnóstico por imagem ou ginecologia/obstetrícia –, a atitude e o encantamento diante das imagens fetais eram nitidamente diferentes. Provavelmente, para os médicos especializados em diagnóstico por imagem, a ultra-sonografia obstétrica consistia em apenas *mais uma* tecnologia a ser utilizada; além disso, eventualmente o contato face a face com os clientes transformava-se em um problema, não existente para eles no manejo das outras tecnologias. Em contrapartida, para os médicos com especialização prévia em ginecologia/obstetrícia, acostumados à opacidade dos abdomens grávidos, o ultra-som tinha uma qualidade quase mágica, desvelando e permitindo visualizar e avaliar aspectos anteriormente inacessíveis para eles. Em outros termos, para esses profissionais, as imagens fetais continham em si um caráter de espetáculo. Uma conversa entre duas médicas, presenciada na clínica B, é reveladora:

> Dra. Lúcia diz: "*Acho um* 'saco' *ultra-som geral*".[1] Dra. Cássia responde: "*Mas você já tem nome, pode se dar a esse luxo. Eu ainda tenho que me firmar... eu preciso pegar o que tem.*" Dra. Lúcia diz: "*Eu me divirto!* Quero trabalhar me distraindo. Adoro *olhar o sexo dos nenéns, essa coisa toda...*" [As duas médicas tinham como formação de origem a ginecologia/obstetrícia.] (Clínica B) (Ênfase minha)

Possivelmente em virtude desse entusiasmo, demonstrado de modo mais ou menos exuberante dependendo do profissional, durante a observação tornou-se evidente que, na ausência de patologias, os médicos desempenhavam um papel fundamental na transformação ou não do exame em espetáculo, embora não se possa perder de vista que atuavam em um terreno culturalmente estabelecido de maneira bastante sólida. Traduzindo: a clientela freqüentemente já chegava para o exame imbuída de tal concepção e, nesse sentido, o fenômeno funcionava em um movimento de realimentação positiva, ou seja, as gestantes e acompanhantes iam para a ultra-sonografia com uma expectativa de espetáculo que os médicos usualmente preenchiam à perfeição. Um informante médico revelou:

> *No início, ninguém dava o menor valor ao ultra-som como ferramenta diagnóstica. Também... as imagens eram* horríveis*, todas borradas,*

difícil de ver qualquer coisa. Depois isso foi mudando, a tecnologia nesse campo evoluiu muito*!* (Clínica C)

Outro informante explicou:

Imagina que antigamente o que você tinha que ver (...) era cabeça, barriga, media a cabeça e media o fêmur. Só. Os primeiros ultra-sons você não conseguia distinguir cabeça... é um pólo cefálico, é um mioma? Hoje, não! Hoje você distingue... você vê a mão, o pé, se os rins tão bons, aparelho gastrintestinal... (Clínica A)

A evolução tecnológica que tornou as imagens mais facilmente decodificáveis – conjugada evidentemente à 'educação' do olhar dos médicos, assim como dos leigos – atuou portanto em um sentido duplo: facilitou o entendimento das imagens e permitiu a construção de novos diagnósticos ao mesmo tempo que possibilitou a transformação do exame em espetáculo – e não necessariamente nessa ordem.

Nos dias atuais, nas sociedades urbanas industrializadas, tornou-se impensável uma gestação transcorrer sem ao menos um exame ultrasonográfico. Contudo, o aspecto 'lazer', mesclado com a medicalização da gravidez que aqui discuto, pareceu ser peculiar ao universo observado. Vários médicos com quem conversei salientaram por diversas vezes:

Lá fora [do Brasil] *não é assim, é* só *um ato médico. Lá fora faz menos ultra-som na gravidez, aqui você tem paciente com nove, dez exames... de uma gestação que não tem risco, não tem justificativa.* (Clínica A)

Uma médica comentou comigo, irritada: "*Onde está o* ato médico *no ultra-som?*", completando: "*Você precisa ver como nos tratam (...)!*" Outra profissional acrescenta: "*Tem paciente que chega com uma* listinha*: quero ver o rosto, uma foto do rosto, quero saber o sexo etc. etc.*" (Clínica A).

Dr. Henrique referia-se em tom crítico ao fato de o exame para determinação de sexo fetal ter-se transformado, em si, em objeto de consumo, propiciando além disto outro tipo de consumo:

É querer começar a montar um enxoval de acordo. (...) Isso na Europa, Estados Unidos, não existe! Não e não! Eles não dizem! Só vai dizer quando você está vendo lá. Se alguém chega lá com 11 semanas eles não vão dizer. (...) Ele não tem obrigação nenhuma e nem as pacientes vêm com essa expectativa. No Brasil, não... *No Brasil você fica com pena,*

> *às vezes eu digo para a paciente: 'volta aqui na semana que vem', nem cobro a consulta, vem só para ver o sexo, não dou laudo nem nada, vem só pra dar uma olhada. Elas te pressionam também. E lá* [no exterior] *não existe isso. (...) Aqui, não...* (Clínica A) (Ênfases minhas)

Em conversas informais com pesquisadores europeus, a surpresa manifestada por eles diante das observações que descrevi reforçou a impressão de que havia uma particularidade local.[2]

A Ultra-Sonografia como Espetáculo

No que tange ao ultra-som como espetáculo, situando a questão pelo prisma da tensão objetividade/subjetividade, existem como pano de fundo a condição *sine qua non* da objetividade inegável da existência do feto e, a seguir, sua visibilização pelo ultra-som que, objetificada nas 'fotos', potencializa essa noção tornando-a efetivamente 'real' para os presentes. A partir deste ponto, outros fatores entram em jogo, e os aspectos subjetivos dos atores, envolvendo seus valores e crenças, tornam-se preponderantes.

A grande afluência e a presença freqüente, na sessão ultra-sonográfica, dos mais variados tipos de acompanhantes, além do parceiro da gestante, evidenciavam o fato de que o sentido do exame transcendia em muito o aspecto estritamente médico de acompanhamento de gravidez. Era comum a presença de avós, filhos, amigos, afilhados e outros para 'ver o neném'. Os profissionais, longe da clientela, às vezes referiam-se de modo crítico a tal afluência:

> Dr. Henrique me diz: "*Pra você é que ia ser bom vir no sábado, muito interessante pra tua observação.* [Sorri, irônico.] *É uma* beleza*!... Vem gato, cachorro, papagaio... Tem que ter paciência... Eu já venho* relax*, já sei que é um sábado perdido...*" (Clínica A)

Entretanto, a ironia nunca era manifestada no contato com a 'platéia', sendo, ao contrário, geralmente motivo de comentários bem-humorados do profissional quando este, ao entrar na sala de exames, deparava-se com um número excessivo de acompanhantes: "*Ih! Hoje tem assistência! Sentem aí, meninas...*" (dra. Lúcia, clínica B).

A transformação do exame em espetáculo com platéia expandida tornava-se um modo evidente de antecipação da existência social do feto, no que poderia ser descrito como um processo de inclusão social equivalente a uma

couvade urbana, contemporânea, mediada pela tecnologia de imageamento.[3] Em uma sociedade na qual a visualidade é preponderante e o processo de medicalização é crescente, faz sentido que esse ritual se dê de uma forma medicalizada, precoce e visual. Com freqüência, pareceu-me que a inclusão do 'bebê' na família era uma via de mão dupla, quando crianças – irmãos – das mais variadas idades eram trazidas para assistir ao exame, no qual eram apontados 'o irmãozinho' ou 'a irmãzinha'. As manchas muitas vezes indistintas transformavam-se em 'bebê' ao mesmo tempo que a criança presente adquiria o *status* de irmão/irmã e passava a participar ou, em outros termos, era 'incluída' na gravidez materna.

A atuação dos médicos era um elemento fundamental nesse processo de metamorfose do feto em 'bebê real', presente 'fora' do ventre materno, e dava-se por meio de diversos comentários que transmutavam as imagens fetais, cinzentas e esfumaçadas, em um verdadeiro 'neném'. Neste particular a dra. Lúcia era totalmente imbatível, engraçadíssima, temperando seus comentários, freqüentemente inusitados, com humor e muitas risadas, sempre compartilhadas pelos presentes:

> Dra. Lúcia: [Aponta animada para a tela, exclamando.] Ó os cabelo! [*sic*] É preto. Quando é muito assim é preto. Ela [aponta a criança presente na sala] nasceu cabeluda? (Clínica B)

Havia um repertório variado em torno do tema 'cabelo', transformando o feto em 'bebê', como:

> "*Ela é cabeluda! Pode comprar um* monte *de lacinhos!*", "*Viu a* vasta *cabeleira?*", ou "*Viu os cabelinhos dele?* [Balança a sonda sobre o abdômen da gestante.] *Aí, balançando? Vou* medir... *tem* 1,5 centímetro*!* [risos gerais]." (Dra. Lúcia, Clínica B)

Outro modo de 'tornar o bebê real' ocorria quando, no exame em torno de 12 semanas gestacionais, ao visualizar o esboço dos braços e pernas do feto, o médico sublinhava a diferença com as imagens anteriores:

> Dr. Sílvio: Dá pra ver perninha, bracinho... [mostra com o cursor] dois braços, duas pernas... essas preocupações maternas... Na próxima vez conto os dedinhos. Fico devendo... Antes era um grãozinho de feijão, *agora já é um bebê.* (Clínica C) (Ênfase minha)

‘Ver’ braços e pernas promovia o ‘*upgrade*’ de ‘vegetal’ para ‘ser humano’. De uma mancha com contorno arredondado – o “*grãozinho de feijão*” – à mancha com esboço de braços e pernas, o embrião dava um salto qualitativo para ‘bebê’. A visibilização da genitália fetal consistia em outro momento importante nessa transformação: do momento em que se evidenciava, pela imagem, a vulva ou o pênis fetais, o concepto se transformava em ‘ela’, ou ‘ele’, de preferência com prenome. A digitação deste, ao lado da imagem da genitália – atitude sempre recebida com risos pelos presentes –, como que sintetizava esse processo. A imagem, prenominada, passava a ser a ‘identidade’ do feto. A gíria ‘documentos’ para se referir à genitália – em geral a masculina, mas não apenas ela – é por si só bastante reveladora dessa questão. Em conjunto com este aspecto, no que dizia respeito estritamente ao quesito ‘espetáculo’, os genitais eram objeto de diversos comentários brincalhões, vinculados ao *tipo* de ‘*show*’ proporcionado pela visualização, no qual o concepto seria o ‘ator principal’:

> Dra. Lúcia: [Mostrando na tela a genitália do feto.] E os documentos dele...
>
> G: [Animada, para P.] Á lá amor! Á lá!
>
> Dra. Lúcia: [Rindo.] É um corte *pornográfico*... á lá o testículo [aponta com o dedo na tela], essa bolinha... já desceu. (Clínica B) (Ênfase minha)

A partir da 11ª semana gestacional, a escolha e a exibição da seqüência inicial de imagens constituíam-se como uma narrativa visual em si, ‘humanizando’ o feto com a exibição do perfil, da mão – dentre todas as imagens, as mais facilmente reconhecíveis – e da face, e faziam do médico um misto de diretor, *cameraman*, montador e narrador de um curta-metragem documental, uma atuação que transcorria paralelamente à avaliação e à medição dos parâmetros significativos de um ponto de vista biomédico. Vale lembrar mais uma vez que, em termos êmicos, o exame de ultra-som é ‘operador-dependente’, ou seja, o ultra-sonografista busca e, portanto, escolhe as imagens à medida que realiza o exame. Não sei até que ponto essa ‘narrativa visual’ era construída de modo totalmente consciente pelos médicos, mas posso afirmar que havia relativa constância – uma espécie de padrão de cada profissional – na seqüência de imagens exibidas, principalmente no início do exame. Esse ‘padrão’ inicial fundamentalmente não diferia muito entre um profissional e outro; buscava-se em primeiro lugar localizar a cabeça fetal para dar início à atividade de ‘mostrar o neném’. O que ocorria a seguir variava bastante, conforme vimos no capítulo 3.

Concomitantemente, o feto convertia-se em um 'ator protagonista' e a gestante, os acompanhantes e a observadora, em 'espectadores'. Além disto, eventualmente o profissional que realizava o exame atuava como verdadeiro *showman* multimídia, quando avisava, por exemplo: "*Não se assustem com o barulho*", ouvindo-se logo em seguida, em alto volume, o som dos batimentos cardíacos fetais, ou como quando criava algum suspense em torno das sombras cinzentas da tela, antes de revelar o sexo fetal:

> Dr. Sílvio: [Surgem as primeiras imagens. Fala escandindo as sílabas.] Piri-lim-pim-pim... Temos aqui... [pausa estratégica] um *pin-to*. (Clínica C)

Essa faceta era reconhecida e apreciada pela clientela, como quando uma avó afirmou: "*O médico dela* [G] *tem um ultra-som no consultório, mas a gente veio aqui porque você é que é o* mago do ultra-som" (ênfase minha) – afirmação que deixou o médico visivelmente satisfeito. Apesar de todos os elogios, essa clientela era particularmente exigente, o que se evidenciou em um comentário desta mesma senhora – em tom aparentemente brincalhão – poucos momentos depois: "*Você tem* certeza *que é menina?* Vê direito*, aí! Focaliza* bem*!*" (clínica C).[4]

O 'espetáculo' agradava particularmente às gestantes; nas clínicas A e C, quando a duração do exame se prolongava, era freqüente as grávidas dizerem, despedindo-se dos profissionais com dois beijinhos: "*Ai! Tão* bom *ver! Se eu pudesse vinha fazer exame* todo dia*!*" (gestante, clínica A). Uma das ultra-sonografistas cujo trabalho acompanhei revelou que durante sua própria gestação, normal e sem problema algum de ordem médica, "*Dava uma 'olhada' toda semana, às vezes até mais! Não conseguia resistir à curiosidade*" (médica, clínica C). Nesse processo de construção do ultra-som obstétrico como espetáculo, por meio do qual é produzido e reforçado o prazer de ver as imagens fetais, parece estar implícito um misto de curiosidade e necessidade de controle do feto, por parte das grávidas.

Diversas manifestações das gestantes e acompanhantes durante o exame denotavam que o espetáculo, além de divertir, emocionava. Esse caráter espetaculoso obscurecia um elemento que também estava presente durante a sessão ultra-sonográfica, em relação ao qual poucas gestantes pareciam se mostrar claramente cientes: o da invasão de intimidade, que ocorria em maior ou menor grau. Essa invasão tanto podia ser concreta, corporal – como no exame transvaginal, no qual uma sonda é introduzida no corpo da gestante –, como virtual, com a exibição na tela de imagens do interior do corpo da mulher. A exposição dessas imagens era totalmente naturalizada pelos atores observados,

e dei-me conta um dia de que também eu havia ‘embarcado’ na cultura nativa. Percebi este fato ao me sentir desconfortável em um exame de uma gravidez inicial quando o médico, buscando imagens do ovário, focalizou o fim do trato digestivo, evidenciando o trânsito intestinal da gestante. Os sentimentos de estranheza e constrangimento que vivenciei na ocasião evidenciaram que eu não ‘esperava’ ver o seu intestino funcionando, em contraste com as imagens do interior do útero grávido às quais já me ‘acostumara’.

Considerando o universo etnografado em conjunto, vale ressaltar ainda que poucas vezes observei manifestações de pudor por parte das gestantes em relação ao profissional ou aos acompanhantes, como se o fato de estarem grávidas deserotizasse a exposição de sua genitália. Chamou-se a atenção em especial a aparente falta de constrangimento em relação aos acompanhantes leigos, das mais variadas ordens, presentes ao exame. O caso da gestante que, em gravidez inicial, veio acompanhada do marido e do filho de quatro anos para um exame no qual foi necessário usar a sonda transvaginal é um exemplo quase caricato dessa aparente desinibição. O pai tentou distrair o menino, que olhava repetidamente de esguelha para o corpo da mãe, mas a gestante parecia estar totalmente à vontade, conversando sobre as imagens fetais e apontando-as para o filho, à medida que surgiam na TV da sala (clínica C).

As raras exceções ocorreram na clínica C, e apenas uma vez ouvi uma gestante, que não trouxera fita para gravar o exame, comentar: “*Acho* horrível *esse negócio de passar fita pra todo mundo ver... na primeira gravidez, ele* [P] *não quis que gravasse nada. É uma invasão muito grande!*” (gestante, clínica C). De outra feita, uma gestante estrangeira de origem oriental, que por não falar o português viera acompanhada de uma tradutora para um exame pélvico, deixou claro que só iria permitir minha presença na sala como observadora porque eu era mulher. Contudo, não pareceu constrangida diante do médico que realizou seu exame. A intimidade de cunho emocional esteve em pauta em uma única ocasião, com a recusa de uma gestante ao meu pedido de assistir ao seu exame, justificando-se por estar enfrentando uma situação crítica na gravidez e, por isso, não desejar a presença de estranhos. Pareceu-me que a clientela dessa clínica estava mais ciente e era mais ciosa no tocante à proteção de sua privacidade e intimidade do que nas duas outras – e, como vimos, a arquitetura ali contemplava essa demanda.

Na clínica C, em diversas ocasiões, a própria tecnologia era apresentada como espetáculo, muito bem recebido pela clientela que não apenas estava habituada a ela como a valorizava e esperava poder contar com tecnologia de ponta no acompanhamento da gravidez – com freqüência, aliás, ela própria produto de alta tecnologia.

> Dr. Sílvio: [Vou] Deixar correr um pouco... [Surgem as primeiras imagens. A reação é instantânea.]
>
> G: [Encantada.] Ooooolha!!! [Emociona-se, P também tem um enorme sorriso no rosto.]
>
> P: Caramba! Que imagem!
>
> Dr. Sílvio: Hoje em dia a aparelhagem oferece alta definição... é um *prazer* ver essas imagens... (Clínica C)

Nesse sentido, a exibição e/ou o enaltecimento dos meios tecnológicos como um espetáculo em si funcionavam também como reforço da seriedade e da credibilidade da clínica em termos médicos, produzindo um reasseguramento para as grávidas de que tudo estaria 'sob controle'. O fato de a clínica C dispor de equipamento tecnológico 'de ponta' era igualmente valorizado pelos profissionais, que atuavam também em outros consultórios: "*Essa tecnologia aqui é outra coisa!*"

A valorização da tecnologia também foi observada na clínica A, mas ocorria com menor freqüência:

> Avó: [Para mim e dr. Henrique.] *Como* tem exames hoje em dia! Como inventaram coisas!... Essa [aponta G] foi a minha última [filha]... Na época não tinha *nada* disso... [Dr. Henrique confirma, satisfeito.] (Clínica A)

Na clínica B nunca presenciei esse tipo de comentário, nem mesmo nas vezes em que realizei observações na matriz, que dispunha de aparelhagem bastante mais moderna do que a filial.

Contudo, nas três clínicas, em situações nas quais existia tensão acerca da saúde materna ou fetal, o 'espetáculo', qualquer que fosse o tipo, ficava em segundo plano ou simplesmente não acontecia. Nesses casos as gestantes não traziam fita para gravar, havia menos acompanhantes – em geral apenas o parceiro ou a mãe da gestante –, e mesmo que, como vimos, eventualmente os médicos usassem das imagens fetais como um meio de tentar descontrair o ambiente, o clima geral era de um procedimento médico.

> [G veio para o exame de translucência nucal. Em sua primeira gestação, o feto era portador da Síndrome de Down, segundo me informaram depois.]
>
> Dr. Sílvio: Vocês trouxeram fita?
>
> G: Não. Esse tipo de exame não me agrada [G está emocionada, há lágrimas em seus olhos.]

Dr. Sílvio: Eu não trago boas recordações... [Espalha o gel e inicia o exame. Surgem as primeiras imagens.] (...) Neném mexeu... acordou-se. A *primeira* boa notícia é que a nuquinha está normal.

G: [Tensa.] Primeira boa... tá bom... (Clínica C)

Quando inesperadamente revelava-se uma patologia fetal, o clima de espetáculo era prontamente substituído pelo de uma consulta, ou o exame podia chegar a ser interrompido, conforme vimos. É possível afirmar, portanto, que o teor de 'espetáculo' da sessão ultra-sonográfica encontra-se estreitamente vinculado à *não* visibilização da existência de patologias maternas ou fetais, ou de risco para a vida do feto. Vale aqui sublinhar que o exame ultra-sonográfico, por mais sofisticado que seja, não é capaz de oferecer segurança absoluta no tocante a todas as patologias possíveis. Ou seja, visibilizar, tornar visível o feto, não garante a inexistência de problemas de outra ordem, genética ou metabólica, por exemplo.

Produção e Consumo da Imagem: 'fotos', vídeos e outras mídias

As palavras de Walter Benjamin, no tocante à cultura visual do início do século XX, "Dia a dia, impõe-se gradativamente a necessidade de assumir o domínio mais próximo possível do objeto, através de sua imagem (...)" (Benjamin, 1981: 15), soam proféticas em relação ao universo observado. A obtenção e a posse de imagens fetais transformaram-se em um item praticamente obrigatório para as gestantes e familiares. Aparentemente existe um sentido de controlar e 'apropriar-se' do feto, que é atravessado pela confusão da imagem com a coisa. No limite, as crianças são porta-vozes perfeitos dessa confusão, mas os adultos não ficam muito atrás delas, em especial no tocante ao 'tamanho' do feto, como quando sua imagem surge expandida na tela e eles reagem com "*Como está grande!*"

Dra. Lúcia relata o caso de uma gestante que, em sua segunda gravidez, trazia os dois filhos gêmeos, meninos de quatro anos, para assistirem às ultra-sonografias. Ambos queriam muito que fosse uma irmã, e, no exame morfológico, ficou evidente que o feto era masculino, para grande decepção deles. Dra. Lúcia delineou graficamente com o *mouse* do aparelho o contorno da genitália para mostrar às crianças que era

mesmo um menino. Mais tarde, a gestante contou para a médica que, enquanto aguardavam o resultado do exame na sala de espera, os dois perguntaram à mãe: "*Por que você não manda a tia desenhar uma xerequinha?*" (Clínica B)

O fenômeno que presenciei numerosas vezes – nas três clínicas – de médicos, gestantes e acompanhantes dirigirem-se ao feto ou falarem em tom pueril, como se fossem o próprio feto, torna evidente a equação estabelecida entre este e a sua imagem virtual no monitor do aparelho. A presença da imagem cinzenta (ou sépia, no caso de 3D) na tela, mais fácil ou mais difícil de decodificar, torna-se equivalente à presença 'ao vivo', concreta, do feto entre os atores presentes. Em diversas ocasiões, em especial quando se tratava de sessões para determinação do sexo fetal e as expectativas do casal haviam sido satisfeitas, os agradecimentos efusivos ao profissional após o exame provocavam a nítida impressão de que era o médico quem havia 'feito um bebê' para o casal – o que não deixava de ser verdade, em certa medida –, reforçando a hipótese de que a ultra-sonografia obstétrica não apenas antecipa a existência social do feto em termos da rede de relações sociais como, também, constrói a 'realidade' do próprio concepto para os futuros pais.[5] O sentimento de 'realidade' do feto a partir da produção das imagens fetais consiste, a meu ver, em um fator relevante para a construção do prazer de ver tais imagens.

Dr. Henrique: De vez em quando mexe... [Manipula a imagem 3D, girando-a na tela; estava de lado, fica de costas.] De costas aí, ó... á lá ele mexendo! [O casal ri, a imagem se mexe na tela, faz diversos movimentos por um bom tempo.]

G: Acordou!

P: [Admirado, olhando o monitor.] *Meu* Deus do céu!

G: Eu ainda não sinto nada...

Dr. Henrique: Vai sentir com uns cinco meses... (Clínica A)

O exame adquire um sentido de lazer equivalente a uma ida ao cinema para assistir a um documentário, no qual o feto desempenha o papel de protagonista:

Dr. Henrique diz, em tom de desabafo: "*É muito cômodo, ela chega aqui, ela vem pra fazer um programa! Com a família!* [Irônico.] *Sábado, vem ver loja, vem fazer um exame, vem fazer um programa,* vem ver

> o neném... *A gente começou no sábado com três agendas de manhã, agora abriu duas de tarde, tá tudo lotado! (...) Aí ela vai aproveitar, fazer as compras dela,* cinema..." (Clínica A) (Ênfases minhas)

De certo modo, a programação visual envolvida na produção de imagens fetais faz uso da confusão imagem-coisa quando, ao lado de imagens 3D, que podem ser exibidas em movimento, existe o logo "*Live* 3D" no qual o termo '*Live*' aparece como letra cursiva, contendo a conotação de algo 'vivo', produzido artesanalmente pela mão humana, persuadindo os atores de que estariam diante do bebê 'ao vivo'.

O 'realismo' da imagem 3D é um aspecto altamente valorizado no universo observado:

> Voltando do almoço, encontramos no corredor do *shopping* um casal com um bebê ao colo. A mãe saúda o dr. Henrique efusivamente e diz: "*Doutor, é* impressionante*! Quando ela dorme fica* igualzinha *à foto do 3D. Ela dorme na mesma posição, com a mão embaixo da bochecha!*" (Clínica A)

Solicitar do médico e levar para casa 'fotos' do 'bebê', independentemente das imagens que constam no laudo do exame, é uma prática corriqueira. Tais demandas eram geralmente recebidas com comentários bem-humorados, como na epígrafe que abre este capítulo, ou:

> Dr. Sílvio: [Entrega ao marido de G a 'foto' solicitada.] Eu já encerrei a minha função de fotógrafo [ri]... qualificado. (Clínica C)

Essas imagens, como qualquer fotografia, guardavam freqüentemente o sentido de fixação e registro de um momento fugidio, que tanto podia ser referente ao exame quanto à própria gravidez:

> Dr. Henrique: Nota dez. [Descreve a posição do feto, mostrando sobre o abdômen de G.] Cruzou as pernas... a mocinha tá lá... peguei! Fotografada... passa rápido [a gravidez]... (Clínica A)

As 'fotos' poderiam ir para a carteira dos pais ou serem as primeiras do álbum do futuro bebê: "*Tua foto* [feita no exame anterior] *já tá no álbum dele*", diz uma gestante para o dr. Henrique enquanto se despede dele, levando uma nova imagem, recém-produzida. As qualidades 'estéticas' do feto e da imagem eram objeto de comentários, avaliações e comparações:

G: O perfil é igualzinho ao da Lulu! [Todos olham para a tela da TV.]

Dra. Carla: Abriu a boca! Ó que bonitinho... (...)

Avó: É mais *nítida* do que as outras... não me lembro da Lulu tão *fotogênica*. (Clínica C) (Ênfases minhas)

Com freqüência, os profissionais digitavam o prenome escolhido pelos pais sobre as imagens ultra-sonográficas. Na clínica A, diversas vezes observei a colocação do prenome junto à imagem da genitália, em 2D ou em 3D, eventualmente com o requinte, nestas últimas, de colorir digitalmente as imagens de rosa ou azul, dependendo do sexo fetal. Outros médicos preferiam colocar o prenome junto à imagem da face ou do perfil, mas eventualmente também optavam pela genitália para 'identificar' o feto. Uma vez presenciei um médico, depois de discorrer longamente sobre o motivo de não colocar o prenome na imagem – e finalizar a explicação com: "*Depois os pais mudam de idéia e ele nasce, chama Marcos e fica sabendo que o nome ia ser Lucas... confusão... não ponho o nome para não prender*" –, agir de modo oposto ao que defendia tão enfática e racionalmente. Na ocasião, comentou:

"*É assim que eu gosto de exame,* alegre." Pergunta se observei que ele nunca colocava o prenome na imagem, e digo que sim; justifica-se então dizendo que "*desta vez o casal estava curtindo tanto! Botei o nome. É gostoso quando faz exame assim...*" (Clínica C)

Outro item largamente valorizado no universo observado era a produção de vídeos com as imagens fetais. Na clínica B, havia o cartaz junto ao balcão da atendente na sala de espera: "*Vendemos fitas de VHS*", e a explicação que me forneceram foi de que "*Às vezes elas* [G] *esquecem de trazer a fita para gravar e saem muito frustradas*". A capa dessas fitas continha a foto de um lindo bebê rechonchudo e o logotipo da clínica. As gestantes costumavam gravar as imagens fetais em seqüência, à medida que os exames se sucediam, nas diferentes etapas da gravidez:

G entra sorridente, entrega ao dr. Sílvio uma fita de vídeo, dizendo: "*Olha,* mais um capítulo do longa-metragem*... Hoje eu não trouxe platéia. Depois que inventaram isso de filmar... é um* programão *pra família inteira...*" (Clínica C) (Ênfases minhas)

A produção do vídeo, além de estender o 'espetáculo' para os que não podiam estar presentes à sessão 'ao vivo', servia para a própria gestante rever

numerosas vezes, como um reasseguramento de que "*o neném está bem*" (gestante, clínica A). Esses vídeos propiciariam sessões domésticas, ocasiões sociais nas quais amigos e parentes seriam chamados a participar:

> P: [Entusiasmado.] É o *melhor* filme da minha vida!... Mas é curtinho!
>
> Dra. Lúcia: [O exame está terminado, a médica estende a fita para P, rindo.] Mas pode ver *várias* vezes...
>
> P: [Rindo também.] Pode fazer várias sessões... com certeza! Às oito, oito e meia, nove... (Clínica B)

Outro aspecto digno de nota é que o movimento registrado na fita diminui a sensação de fragmentação corporal presente nas imagens estáticas. Talvez em parte por esse motivo, com freqüência os médicos promoviam como que um '*baby-tour*' pelo corpo fetal:

> [Após a determinação do sexo fetal, solicitada pela G.]
>
> Dr. Sílvio: *Muito* bem! Agora que a curiosidade está satisfeita, vamos à parte acadêmica... técnica. [Mostra.] Perfilzinho... bidimensional... o nariz... (...) Cabecinha, vista de topo... as estruturas encefálicas... (...) o cerebelo... os plexos coróides... essa linha branca aqui no meio é a foice do cérebro (...) tudo perfeitinho... (...) As perninhas... mãozinhas... (Clínica C)

A duração do '*tour*' variava, em razão do tempo da sessão em cada clínica, mas sempre ocupava uma parcela significativa do tempo despendido no exame. Nas três clínicas, várias vezes tive a impressão de que os ultrasonografistas se compraziam eles próprios com a obtenção de 'boas incidências' que permitiriam a produção de 'boas imagens', uma preocupação, de certa maneira, 'artística', que transcendia o aspecto médico do exame.

Os médicos e médicas preocupavam-se em atender à demanda de produção de vídeos e, quando não era possível gravar – fosse por problemas na aparelhagem, fosse porque a fita trazida chegava ao fim antes do final do exame –, mostravam-se quase tão decepcionados quanto a clientela. Além da 'diversão' proporcionada por assistir ao vídeo, este detinha um sentido documental mais acentuado do que as 'fotos', possivelmente por a imagem em movimento estar impregnada da conotação de 'vida'. O vídeo seria como que a 'prova' pública da existência, viva, do feto. Tal sentido tornou-se evidente em uma situação observada na clínica A, quando uma gestante só estendeu a fita de vídeo para a médica gravar o exame depois de ser reassegurada pela profissional de que o feto estava saudável.

Dependendo do grau de sofisticação da aparelhagem e da clientela, outras mídias poderiam ser utilizadas:

> Terminando o exame, G expressa sua frustração por ter esquecido a fita para gravar o exame. Dr. Henrique pergunta: "*Você tem computador em casa?*" Diante da resposta afirmativa, ele oferece: "*Vai aí no* shopping*, compra um CD que eu gravo pra você... o exame está gravado na máquina*" – sugestão prontamente seguida por G. (Clínica A)

> G: [Para dr. Sílvio.] Queria saber se... dá pra fazer uma foto digital? Eu traria um disquete...
>
> Dr. Sílvio: Dá... depois eu gravo em um CD pra você, podem mexer com *Photoshop*....
>
> G: Quero mandar pela Internet... eu ia trazer uma câmera digital pra fotografar a sala...
>
> Avó: Nossa, Thalita!
>
> G: *Todo mundo* tá fazendo isso! [Olhando para a TV, com as imagens fetais.] Tá de cabeça pra baixo... tá deitado... (Clínica C)

Visibilidade, Disciplinarização, Consumo e Construção de Identidades

Há um ciclo de realimentação entre a produção do prazer de ver, a conseqüente transformação do ultra-som em espetáculo e questões relativas ao mercado – tanto o de consumo de imagem quanto o de aparelhagem tecnológica cada vez mais sofisticada. Embora esta não seja a única questão em jogo, eu diria que um dos aspectos que contribuem de modo significativo para o processo de espetacularização da ultra-sonografia consiste na necessidade de formação e manutenção de uma clientela. Conforme vimos, é óbvio que a proficiência desses especialistas e, por conseguinte, sua credibilidade e confiabilidade entre os obstetras e ginecologistas também têm um peso significativo no mercado de ultra-som obstétrico, mas esse fator, embora condição necessária, não é suficiente para tal. Justaposto a esse aspecto, é importante ter-se em mente que, por sua vez, o processo de espetacularização só tem sentido e é eficaz precisamente porque se inscreve em uma cultura na qual a visualidade e a espetacularidade são cotidianas – alguns programas de TV são paradigmáticos

dessa questão –, e o escrutínio do interior do corpo, assim como sua fragmentação imagética, é moeda corrente entre os atores. Constrói-se uma expectativa, a partir do momento que a mulher se descobre grávida, de 'ver o neném' e acompanhar visualmente seu desenvolvimento. Os médicos, ao atenderem ao desejo de 'ver', ao mesmo tempo estimulam a curiosidade e a demanda, e com isso fecha-se o ciclo. A mídia também desempenha um papel nesse estímulo de curiosidade, entre outras questões (Kemp, 2005).

Um dos pontos relevantes presentes na produção de 'diversão' e de prazer de ver as imagens fetais durante o exame consiste em uma espécie de ocultamento da marcante medicalização da gravidez no universo observado. Não pretendo de modo algum afirmar que se trate de um estratagema maquiavélico, e sim que tal produção apenas reflete e reforça um fenômeno biopolítico muito mais abrangente – o da medicalização social e do controle dos corpos, na medida em que internaliza nos atores a necessidade de escrutínio, transformada em 'desejo de ver o neném'.

Outro aspecto que vale sublinhar é a virtual 'invisibilidade' do corpo feminino, tanto no que diz respeito à corporalidade concreta quanto no tocante à noção de intimidade ou pudor.[6] No universo etnografado, as gestantes eram parte ativa nesse processo, solicitando manobras e procedimentos dos médicos que muitas vezes as colocavam em posições de desconforto físico, no afã de obterem melhores imagens de seus 'bebês'.

No campo observado é construída uma cultura visual peculiar, compartilhada pelos atores presentes, na qual a fragmentação e a indistinção das imagens cinzentas do corpo fetal são praticamente ignoradas e naturalizadas, e transformadas em algo que é, inclusive, diferente da 'coisa em si'. Ocorre um salto temporal, na medida em que o feto – a 'coisa em si' – é sempre referido, nos discursos dos atores, como 'bebê' ou 'neném'. A transformação do exame em espetáculo é fundamental dentro do processo de construção do feto como Pessoa, na medida em que lhe confere visibilidade em uma cultura na qual a visualidade é preponderante. A revelação do sexo fetal é o ponto alto desse processo, um momento em que o feto é definitivamente tornado Pessoa, geralmente ganhando um prenome e sendo-lhe atribuída uma subjetividade generificada, que por seu turno é concretizada em um outro tipo de consumo – codificado em termos de cores e objetos supostamente adequados 'para meninas' e 'para meninos', conforme será discutido no próximo capítulo.

Néstor García Canclini (2005), na discussão em que visa recontextualizar o fenômeno do consumo, não apenas assinala que esse é o cenário de novas racionalidades em termos econômicos, sociopolíticos e psicológicos, como também sustenta que o consumo detém um papel relevante para a construção de

identidades contemporâneas em um panorama globalizado. Para este autor, "as mudanças na maneira de consumir alteraram as possibilidades e formas de se exercer a cidadania" (Canclini, 2005: 29). Segundo ele, as questões constitutivas de identidades no tocante ao lugar e aos direitos dentro da sociedade passam a ser respondidas de forma concreta por meio do consumo privado de bens. Obter e consumir imagens fetais, para além das questões diagnósticas pré-natais, antecipa, constrói e reforça novas identidades – fetais e maternas. Os atores no universo observado eram especialmente criativos no tocante à subjetivação das imagens fetais, conforme já vimos no capítulo anterior. Por uma outra vertente, ainda relacionada ao consumo, vale assinalar que as grávidas, ao se lançarem em busca de roupas e objetos para seus fetos, em especial após tomarem conhecimento do sexo fetal, ao mesmo tempo se constituem identitariamente como mães antes do nascimento e dão início a um processo de construção de identidade generificada dos futuros filhos, comprando objetos e roupas codificados em termos de gênero, como veremos no próximo capítulo. É como se nesse ato de consumo já começassem antecipadamente a cuidar e, com isso, a expressar seu amor pelos filhos, obedecendo a uma conexão consumo-amor (Miller, 2002).

A construção da identidade materna, 'documentada' nas imagens dos exames, envolve sobretudo a antecipação da maternidade. A visualização das imagens e a explicação do posicionamento fetal produzem mudanças na vivência da gestação, seja tornando-a 'real', quando ainda muito no início da gravidez, seja significando as sensações maternas, mais adiante. A presença do corpo da mulher, nos discursos e imagens observados na etnografia, era inversamente proporcional à do feto. Alguns outros aspectos também ficam eclipsados com a espetacularização e o consumo das imagens fetais. Por exemplo, ao mesmo tempo que essas imagens detêm um papel relevante na construção de novos corpos – maternos e fetais – e novas identidades – idem – e que existe o reforço da medicalização da gravidez e da produção de verdades 'científicas' acerca do feto e da grávida, questões tais como o que fazer em casos de anomalias fetais, no contexto da ilegalidade do aborto no Brasil, passam para um plano fora da vista do público em geral.

A ênfase na visão do interior do corpo grávido e na busca por essas imagens coaduna-se, por seu turno, com a voga biologizante, fisicalista, de culto ao corpo, moeda corrente no universo observado. O produto final é uma antecipação da existência social do feto, mediada pela tecnologia, modelado em termos da cultura visual, da cultura do corpo e da cultura do consumo. As imagens de diversos fragmentos do corpo fetal tornam-se equivalentes à 'prova de verdade' de sua existência no mundo, fora do útero materno, como se fosse um 'nascimento virtual' antes de vir à luz de fato.

A construção do prazer de ver as imagens fetais que legitima e estimula esse 'nascimento virtual' tem raízes múltiplas, e a pluralidade de utilizações e significados parece ser inerente à tecnologia de ultra-som, posto que a medicalização da gravidez e do feto, o prazer de ver as imagens fetais, o consumo destas, a produção de conhecimento e entretenimento vinculados à codificação da gravidez em termos médicos fazem todos parte de um mesmo processo: nos termos de Michel Foucault, "um grande empreendimento de aculturação médica" (Foucault, 1998c: 200).

Um aspecto fundamental a ser considerado consiste no fato de que, ao se tornarem consumidoras de tecnologia pré-natal e, em especial, de imagens ultra-sonográficas fetais, as gestantes detêm um papel essencial como agentes *ativas* na rotinização do ultra-som na gravidez. Internalizam-se as disciplinas por meio da produção do '*desejo*' de ver, a gestação é monitorada e escrutinada passo a passo, e no decurso desse processo reforça-se a convicção de que o uso de tecnologias e a obediência às recomendações médicas são imprescindíveis para que uma gravidez seja levada a termo de maneira bem-sucedida. As vivências da gravidez tornam-se quase inarredavelmente 'dependentes' da tecnologia, em uma reconfiguração que poderíamos chamar de híbrida, ou *cyborg*, como preferem alguns autores (Dumit & Davis-Floyd, 1998; Downey & Dumit, 1997; Haraway, 1991, entre outros).

No caso da ultra-sonografia, parece estar em jogo sobretudo a construção de um olhar fragmentador e escrutinador nos mínimos detalhes e que produz corpos medicalizados desde muito antes do nascimento. Em última instância, a tecnologia de ultra-som pode ser compreendida como um *embodiment* do poder disciplinar, normatizador, subjetivante e, portanto, constitutivo de novos sujeitos: gestantes e fetos.

Por fim, é inescapável a digressão – mesmo que um tanto bizarra – de que na era dos *reality shows* televisivos, tais como *Big Brother* e congêneres, o feto também resulte sendo transformado em 'ator', protagonista. Em outros termos, no mesmo processo em que ele é construído como um 'paciente', medicalizado e monitorado, sua presença pública, externalizada por meio da imagem, torna-o uma 'celebridade' – mesmo que em âmbito apenas doméstico e mesmo eventualmente público, como em alguns casos curiosos como ultrasonografias de 'famosas' realizadas ao vivo em programas de TV ou a exibição em telão, em uma festa luxuosa de casamento, do ultra-som obstétrico da noiva, grávida – fato noticiado em coluna social.

NOTAS

1 Os exames de 'ultra-som geral' englobam o exame de vísceras, mamas e musculatura. Os exames ginecológicos ultra-sonográficos são grupados com os obstétricos, constituindo-se quase como uma subespecialidade.

2 Como um desdobramento da atual investigação, valeria a pena produzir uma observação etnográfica comparativa que, sem sombra de dúvida, forneceria outros dados mais consistentes nesse sentido. Depois de encerrada a pesquisa, pesquisadoras latino-americanas, também em conversas informais, me informaram da existência de semelhanças com essa situação em seus países. A existência de diferenças locais, no tocante a essa dupla dimensão do ultra-som obstétrico, é referida na literatura. Ver Mitchell & Georges (1998).

3 Ver o artigo de Rival (1998) sobre a *couvade* entre os Huaorani na Amazônia peruana. Para uma comparação entre a construção do feto como Pessoa na América do Norte e entre os Wari' na Amazônia brasileira, ver Conklin & Morgan (1996).

4 Ao longo da pesquisa, percebi que minha formação de origem – a psicanálise – era inescapável, mesmo em se tratando de uma abordagem etnográfica. Daí a origem de meu pressuposto de que o tom jocoso é um recurso utilizado como um modo de se dizer verdadeiramente o que se pensa, especialmente se as idéias ou atitudes têm alguma possibilidade de serem consideradas inadequadas ou impertinentes.

5 Alguns autores, em especial Mitchell & Georges (1998), definem esse constructo como 'feto-*cyborg*', no qual funde-se a alta tecnologia de produção de imagens com o feto em si.

6 Diversas autoras feministas dedicaram-se extensivamente a essa 'invisibilidade'. Destacam-se entre elas Duden (1993), Petchesky (1987) e Stabile (1998).

7

'Os Três Risquinhos': construção de gênero fetal, consumo e subjetivação

> Dr. Henrique: Tá com a perninha cruzada... tô esperando descruzar... [Passa-se algum tempo, está difícil obter a imagem desejada.] Não quer mostrar... [Segue buscando a imagem da genitália.] Esse é envergonhado mesmo!... Os pezinhos tão na frente... [Balança de novo o transdutor sobre o abdômen de G.] Tira a perna daí! [Para os presentes.] Tá com a perna cruzada bem em cima do sexo... [Passa-se mais um tempo, consegue finalmente obter a imagem.] Ah! *Está vendo aqui?... Esses três risquinhos?* [Aponta com o cursor sobre a imagem.] Bem... a chance de 'tar errado é mínima, mas não tem 100% de certeza... é *menina. É uma mocinha bem recatada...*
> (Clínica A, IG: 19 semanas) (Ênfases minhas)[1]

A revisão da produção antropológica da década de 1990, sobre a construção social do feto como Pessoa por meio da tecnologia de imagem médica, evidenciou que a determinação do sexo fetal pelo ultra-som obstétrico era crucial para a consolidação desse *constructo*. No universo pesquisado, verifiquei que a situação se apresentava de modo similar. Neste capítulo, portanto, abordo o material etnográfico pelo prisma da construção do gênero fetal, tal como ocorre entre os atores durante o exame. Trata-se basicamente de uma construção discursiva apoiada nas imagens – geralmente explicadas pelo profissional – que se sucedem na tela, no decorrer do exame. Aqui discuto exclusivamente a definição visual do sexo fetal por meio do ultra-som, deixando de lado os métodos laboratoriais, invasivos ou não, alguns deles surgidos depois do encerramento desta pesquisa.

Alguns temas surgiram de modo recorrente, ao longo da observação. A determinação do sexo fetal foi um dos que, de imediato, chamaram a atenção. Dependendo da perspectiva adotada, este aspecto podia ser tanto um ponto de chegada como de partida. Explicitando: pela ótica da curiosidade, visando à 'descoberta' do sexo fetal, a determinação era um ponto de chegada; pelo prisma da construção de gênero, essa 'descoberta' era um ponto de partida,

propiciando o início de uma série de discursos que, por assim dizer, 'cristalizavam' a construção de gênero de cada feto específico, a partir de noções correntes do senso comum acerca de gênero. Assim, trato primeiramente da definição visual do sexo fetal para, em seguida, abordar de que modo se dava essa construção de gênero.

A Determinação do Sexo

Como vimos, a determinação do sexo fetal pela ultra-sonografia é possível de ser feita por um profissional de olhar treinado, com segurança, em torno da 16ª semana gestacional. Nesta fase, a genitália já está embriologicamente diferenciada: vulva ou pênis com saco escrotal. Entre a 11ª e a 14ª semanas existe uma estrutura chamada de 'broto genital' ou 'falo', cuja localização no corpo do feto e cuja angulação em relação ao eixo da coluna vertebral fornecem uma indicação probabilística de ser um feto masculino ou feminino. Até a 11ª semana é impossível visibilizar a distinção.

Para a visibilização da genitália – especialmente entre a 11ª e a 14ª semanas – há diversas dificuldades técnicas, relacionadas ao peso da gestante e à posição do corpo do feto, tanto em relação ao transdutor do aparelho como por sua postura intrínseca. A gordura absorve parte das ondas sonoras, o que resulta em imagens ultra-sonográficas menos nítidas. Quanto ao feto, se ele estiver com as costas voltadas para a sonda, ou de pernas cruzadas durante todo o exame, nenhuma informação visual sobre o sexo fetal pode ser obtida. Nesses casos costuma-se esperar que ele mude de posição, ou tentar provocar sua movimentação por meio de diversas manobras, envolvendo manipulações da sonda e a posição da gestante na maca. Conseqüentemente, para que tal determinação seja feita depende-se de diversos fatores: em primeiro lugar, da qualidade da aparelhagem e da proficiência do operador no seu manejo; em seguida, de sua paciência e interesse em obter a imagem que – traduzida por ele – fornecerá a informação; finalmente, do tempo dedicado à realização do exame. Dependendo do volume de exames de cada clínica – inversamente proporcional aos preços praticados – e das dificuldades ou, eventualmente, dos verdadeiros impedimentos já mencionados, o tempo disponível não possibilitava buscar a definição tão desejada. Na maior parte dos exames observados, em todas as clínicas, houve referências ao sexo fetal, qualquer que fosse o período gestacional da mulher.

Curiosidade pelo sexo fetal

A curiosidade sobre a definição do sexo fetal, quando não era de imediato expressa pelas gestantes e/ou acompanhantes, era induzida pelos profissionais. A instigação ocorria de modos diversos, dependendo do período gestacional e do operador que realizava o exame.

Nas três clínicas, essa curiosidade foi similar e pervasiva; dr. Sílvio, da clínica C, como vimos, afirmava ter entre 94% e 95% de acerto em suas previsões probabilísticas, dizendo "*usar a determinação precoce do sexo como chamariz para a realização do exame da translucência na época adequada*". O apelo comercial dessa determinação precoce é muito grande, e uma explicação desse tipo, de teor médico, como que instigava e sancionava o exercício pleno da curiosidade. Em uma via de mão dupla, a divulgação pela mídia estimula essa curiosidade, em conjunto com outros fatores que discutirei adiante. Além disso, o esforço dos profissionais no atendimento da demanda alavanca a sua realimentação positiva, seja por parte de uma mesma gestante – quando faz mais de um exame apenas para saber o sexo fetal –, seja por outras, que serão as futuras clientes. Esse esforço dos profissionais, em conjunto com a propaganda da mídia, podia se transformar em uma faca de dois gumes:

> Dr. Henrique me diz: "*Essa história aí da Carla Perez, deu na* Caras *que o médico viu o sexo do neném dela com 11, 12 semanas... Aí foi um* inferno*!* Choveu *paciente aqui com 11, 12 semanas pra ver o sexo, e aí a questão era 'Ah!... mas o médico da Carla Perez viu... você* tem *que ver', não sei o quê... Depois...* Graças a Deus*!... Saiu na mídia que o cara errou* [rimos os dois]. *Aí o negócio parou.*" (Clínica A)

Na clínica A, amiúde os profissionais em conversas na sala de laudos expressavam críticas contundentes à curiosidade crescente da clientela sobre o sexo fetal. Para eles, tal preocupação era "*totalmente irrelevante*" (médica, clínica A). Nas clínicas B e C, nunca testemunhei esta espécie de comentário.

> *Sabe que outro dia eu soube de um caso que a paciente só estava interessada em ver o sexo, aí a médica se irritou, virou para ela e disse: 'Você veio só para saber o sexo! Por acaso você sabe se o teu feto tem* cérebro*?'* (Médica, clínica A)

> Dr. Henrique relata, em tom de perplexidade, o caso de um exame realizado por ele no qual, após informar à gestante que o feto era anencéfalo e que não iria sobreviver após o parto, a paciente perguntou: "*Mas... e o sexo, dr.?*" (Clínica A)

Entretanto, apesar de – entre colegas – as manifestações de irritação com esse tipo de apropriação do ultra-som pelas gestantes serem bastante freqüentes, verifiquei haver uma contradição evidente entre o discurso e a prática:

> Uma atendente entrega uma pasta para dr. Henrique, que murmura: "*Hmmmm... última menstruação 23/12... 12 semanas... vai querer ver o sexo...* [Mal-humorado.] *Não vou ver! Não vou conseguir ver, a paciente é gorda!*" Parece irritado. Ao entrarmos na sala de exames, a gestante informa que fez cerclagem e veio avaliar a situação. O médico pergunta pela existência de outros filhos. G informa que o primeiro foi prematuro; no segundo, fez cerclagem e deu certo (...) Dr. Henrique, iniciando o exame, pergunta de modo casual: "*Então, vamos ver o sexo?... O colo* [do útero] *tá bom...*" (Clínica A)[2]

A discrepância entre o comentário do médico antes do exame e a sua atitude durante ele surpreendeu-me e evidenciou um aspecto que, ao longo da observação, verifiquei ser rotineiro. Praticamente não havia espaço para a gestante não querer saber, com a iniciativa partindo do ultra-sonografista:

> O médico espalha o gel, explicando que vai começar pela pelve e depois vai fazer o exame transvaginal. "*Vamos fazer o exame da translucência; de repente, se der, até dá para ver o sexo...*" (Clínica A)

Durante todo o período da pesquisa, uma única gestante não desejou ser informada do sexo fetal; já estava em fase adiantada da gravidez, e sua decisão foi explicitada desde o momento em que entrou na clínica C, sendo reiterada ao surgirem as primeiras imagens ultra-sonográficas na tela.

Demanda da gestante, parceiro e/ou acompanhantes

Quando havia uma demanda por parte da gestante ou de algum acompanhante, esta era geralmente expressa logo no primeiro contato com o profissional, em formas que variavam de tom – desde 'pedidos', ou indagações, até verdadeiras 'ordens':

> G: Estou na *maior* curiosidade!
>
> P: (...) Vamos *logo* para o sexo, depois vê o resto...
>
> Dr. Henrique: [Buscando aparentemente atender ao pedido de P.] Tá sentadinho... deixa eu mexer um pouquinho... [Balança de leve o transdutor sobre o abdômen de G, busca imagens.] (Clínica A, IG: 20 semanas)

Eventualmente havia um certo grau – involuntário – de *nonsense* no pedido, conforme os exemplos a seguir ilustram:

> G: Com quantas semanas vê o sexo?
>
> Dra. Lúcia: Nessa idade, a anatomia ainda não tá definida... se a gente conseguir ver o falo, pode *sugerir*... o certo é com 15 semanas...
>
> G: Então não sugere nada, não...
>
> P: [Contrariado.] Por quê? *Pode* sugerir! (Clínica B, IG: 11 semanas)

> P: Dá pra saber se é menino ou menina?
>
> Dr. Sílvio: A posição...
>
> P: [Atalha.] Não tá boa?
>
> Dr. Sílvio: Tá complicado... tem muito cordão! Nem *palpite* dá pra dar!
>
> G: [Decepcionada.] Nem um palpite? Um palpite *qualquer*! (...) Ô filhinho!... [Para o médico.] Isso é a [minha] posição? Se eu mudasse de posição... [conseguiria ver]?
>
> Dr. Sílvio: [Rindo.] Só se eu botar você de cabeça para baixo...
>
> G: [Rindo.] Eu faço até bananeira! (Clínica C, IG: 12 semanas)

O que tais exemplos evidenciaram de modo caricato foi o fato de que a indefinição pareceu ter-se tornado insuportável, um *constructo* diretamente derivado do acesso à tecnologia de imagem, se considerarmos que até há cerca de três décadas tinha-se que necessariamente aguardar o nascimento para saber com certeza o sexo fetal. No universo etnografado, quando ficava evidente, pelo período gestacional – como, por exemplo, entre a 14ª e a 19ª semanas – que a gestante tinha vindo só para saber o sexo, a demanda estava implícita e o médico nem fazia a pergunta clássica "*Quer saber o sexo?*", informando diretamente o que estava vendo.

> Avó: Olha, como está grande!
>
> P: É a perna?
>
> Dr. Sílvio: É a terceira perna... a pontinha... [mostra com o cursor].
>
> G: É menino?
>
> Dr. Sílvio: É *macho*! (Clínica C, IG: 14 semanas)

Instigação dos médicos

Com enorme freqüência, observei a instigação da curiosidade por parte dos profissionais, principalmente nas clínicas A e B. Embora em termos discursivos o dr. Henrique se mostrasse crítico em relação à curiosidade e à ansiedade exageradas a respeito da determinação do sexo fetal, foi possível observar que, na prática, em algumas situações, era ele quem sutilmente provocava as gestantes. Dra. Lúcia não apenas não tecia nenhum tipo de crítica a essa curiosidade como se dedicava de modo entusiasmado a, sempre que possível, determinar o sexo fetal, fosse de um ponto de vista probabilístico – até a 14ª semana –, fosse visibilizando a genitália fetal já formada. Antes que alguém fizesse qualquer tipo de demanda acerca da determinação do sexo fetal, era comum os médicos perguntarem algo a respeito. As perguntas 'clássicas' eram variações em torno de: "*Vai ver o sexo hoje ou já sabe?*", "*Quer saber o sexo, se der pra ver?*", "*Com sorte hoje dá pra ver o sexo*", "*Hoje vamos saber se é menino ou menina*", ou "*Qual é a torcida?*".

Em algumas situações na clínica A, nas quais não fora possível de modo algum visibilizar a genitália, era usual o médico dizer: "*'Tá tudo certinho, nota dez!* Da próxima vez *confirma o sexo 100%. Curte bem!*" (Ênfase minha), ou então sugerir diretamente que a gestante marcasse um exame em data próxima:

> Dr. Henrique: Todo formadinho... não tem nada hoje pra se preocupar... tudo perfeito... na próxima, descobre o sexo... daqui a dois meses, faz o morfológico... [Diante do desagrado manifestado por P, pela longa espera, emenda.]... se quiser, marca antes, para daqui a um mês... (Clínica A, IG: 13 semanas)

Em mais de uma situação ficou evidente uma insistência por parte do médico em revelar o sexo, nos moldes do exemplo a seguir:

> Dr. Henrique: Aqui tem o ducto venoso, tá tudo tranqüilo... o sexo não dá pra saber 100%. Quer saber?
>
> G: [Hesitante.] Não...
>
> Dr. Henrique: Dá pra desconfiar...
>
> G: Ah!... Então não me fala, não...
>
> Dr. Henrique: Quer saber?... Vou deixar fotografado...
>
> G: Hmmmm... tá bem, quero saber.
>
> Dr. Henrique: [Rapidamente.] Parece, *parece* ser uma menininha...

> [Mostra com o cursor.] Aqui é o clitóris, a gente sabe pela inclinação, por isso não é 100% de certeza... (Clínica A, IG: 12 semanas)

A 'simpatia dos ovários'

Dra. Lúcia, na clínica B, fazia freqüentemente uma brincadeira com as gestantes no exame em torno da oitava semana – período em que ainda é impossível visibilizar o sexo fetal. Considerei essa conduta como uma forma particular de instigação de curiosidade. Consistia no que ela chamava, rindo, de 'simpatia dos ovários'. A brincadeira representava uma fusão singular entre uma prática mágica popular – uma 'simpatia' – e a alta tecnologia, pois a informação, que era utilizada de modo brincalhão pela médica, só era possível de ser obtida por meio do ultra-som; em outros termos, o dado que em seguida era apropriado com um sentido 'divinatório' era *produzido* pela tecnologia.

Tratava-se do seguinte: a partir da imagem ultra-sonográfica do corpo-lúteo podia-se determinar qual havia sido a origem do óvulo que fora fertilizado. A graça consistia em dizer, por exemplo: "*É filho do teu ovário direito... o ovário direito é o das meninas, e o esquerdo o dos meninos*", quando a maior parte das gestantes estava ciente de que a determinação do sexo do feto era dada pelo espermatozóide, e não pelo óvulo. Vez por outra o *nonsense* não ficava claro de imediato e então a médica explicava, rindo, qual o sentido (ou, mais precisamente, a falta dele) existente na afirmação. A maior parte da clientela da clínica B provinha de um estrato social mais modesto do que o das outras duas, e o apelo a um tipo de crença popular – 'simpatia' – parecia aproximar essa médica das gestantes, tanto das que percebiam o *nonsense* e riam imediatamente quanto das que necessitavam de uma explicação.

> Dra. Lúcia: [Mostrando.] Ó o falo... tô achando que é menino... [Ri.] Mas é filho do ovário *direito... contraria nossas 'estatísticas'*... [Ri novamente, dirige-se para G.] Conhece a simpatia dos ovários? O ovário direito é das meninas... [G não parece captar nem que a médica está brincando, nem qual é a graça.] Olha que bonitinho... (Clínica B, IG: 11 semanas) (Ênfases minhas)

> Dra. Lúcia: Tudo certinho... qual foi o ovário que tu ovulou [*sic*]?
>
> G: Acho que é o esquerdo...

Dra. Lúcia: [Busca a imagem.] [É do] *Direito... é filho do ovário direito...* [Para G.] Sabe a simpatia dos ovários? (...) É que do ovário direito deve ser menina...

G: Eu queria menina mesmo... [Ri.] Tem 50% de chance... (Clínica B, IG: sete semanas) (Ênfases minhas)

Apenas uma vez, na clínica A, observei uma referência similar:

Dra. Priscila: Ele veio do seu ovário direito...

G: Essa informação...? [Para que serve?]

Dra. Priscila: É só curiosidade... *eu tive um filho de cada ovário... um menino e uma menina...* (Clínica A, IG: sete semanas) (Ênfases minhas)

Há dois aspectos a salientar na 'simpatia dos ovários'. Um diz respeito ao fato de que só ouvi ser feita menção à 'simpatia' por médicas, o que possivelmente relaciona-se à idéia de que as 'simpatias' são 'assuntos entre mulheres', sendo reservadas aos homens as atitudes mais 'científicas'. Outra questão digna de nota consistiu na fragmentação do corpo feminino e da própria gravidez do ponto de vista discursivo, esta última apresentada como se fosse produto de partenogênese: "*É filho do teu ovário direito*", ou "*eu tive um filho de cada ovário*". Tais afirmações, jocosas, continham implícita a noção da gestação como assunto exclusivamente feminino.

'Intuição' materna

Dra. Lúcia utilizava ainda uma outra forma de instigação de curiosidade que consistia em perguntar às gestantes suas conjeturas sobre o sexo do feto, antes de revelá-lo:

G: Eu acho que é menino... desde o início...

Dra. Lúcia: [Terminando o exame.] Ah!... Então *é*. Se a mãe acha, *é*. (Clínica B, IG: 12 semanas)

Em seguida, afirmava: "*dizem que* o bebê informa *o sexo para a mãe*" (Ênfase minha). Nesse ponto, sua atitude revelava-se um tanto ambígua, pois por diversas vezes tive a sensação de que ela de fato acreditava nisso e em outras tantas a impressão foi justamente oposta:

> Dra. Lúcia: Vamos ver se eu vejo o falo... a chance...
>
> G: Todas as simpatias que faço dá menina...
>
> Dra. Lúcia: Vam'ver... Se estiver em ângulo com o corpo vira pênis... na seqüência do corpo... diz que a tendência é involuir e formar a vulva... [Ralhando, brincalhona.] *Não vai comprar vestidinho!* (...) Segundo os psicólogos, o bebê diz pra mãe qual é o sexo... aquele [psicanalista]... [volta-se para mim, rindo] o Steinberg... diz isso (Clínica B, IG: 12 semanas)

A médica sabia da minha formação em psicanálise e parte da graça que encontrava em dizer isso consistia em uma espécie de cumplicidade brincalhona comigo. Desde a etapa inicial da observação, ela estava ciente de que eu conhecia o psicanalista mencionado e que estava longe de levá-lo a sério em suas certezas peremptórias acerca da 'comunicação mãe-feto'.

Preferências de mãe e pai

No campo etnografado, foi possível depreender a existência de certa uniformidade na preferência por determinado sexo, por parte das gestantes e de seus parceiros, principalmente em se tratando do primeiro filho. Uma delas apresentava-se de modo bastante acentuado: a de homens por filhos do sexo masculino. Pode-se especular sobre este aspecto como fazendo parte da herança de uma ideologia patriarcal, que informa de maneira marcada a construção de gênero no campo observado, especialmente no tocante à hierarquia de gêneros. A preferência de mulheres por filhas mulheres, embora freqüente, era um pouco menos cristalizada.

Conforme aponta Richard Parker (1991), as circunstâncias históricas que deram origem à configuração patriarcal clássica desapareceram há muito tempo, mas nem por isso esta deixou de desempenhar um papel estruturante na construção de gênero no Brasil, especialmente no que diz respeito às interpretações sobre masculinidade e feminilidade e nas relações de gênero (Parker, 1991). Assim, as referências aqui presentes à 'ideologia patriarcal' estão impregnadas por essa perspectiva. Essas noções, de caráter tradicional, contrastavam acentuadamente com todo o aspecto arrojado e tecnológico com os quais os atores lidavam, e ficaram muito claras na linguagem dos atores, como veremos adiante.

A manifestação de tais preferências era expressa sob a forma de alegria ou decepção diante da 'notícia'. Essa situação pareceu ser familiar para os profissionais, que manifestavam surpresa quando a 'estatística' não era confirmada. Uma médica na clínica A, após realizar um exame voltou para a sala de

laudos comentando: "Nunca *vi isso! O pai ficou decepcionado quando eu disse que era* menino*!*" Ou então:

> Dra. Lúcia: [Mostra.] As perninhas... você vai ganhar uma moça!
>
> P: [Para G, como quem acertou uma aposta.] Aaah! Não *falei* pra você?
>
> Dra. Lúcia: [Surpresa, para P.] Por que o pai quer menina?
>
> (Clínica B, IG: 18 semanas)

Em uma ocasião, ocorreu uma situação simétrica a esta, provocando surpresa e protestos bem-humorados na médica, fato que reforçou a minha impressão de que a distribuição das preferências era relativamente consensual.

> G: As últimas 'ultras' ela tava só de lado...
>
> P: É... ela não virou...
>
> Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?
>
> G: É que demorou a mexer... só mexeu com cinco meses...
>
> Dra. Lúcia: [Rindo e simulando indignação.] Que isso? Você tá dizendo que mulher é retardada? [Ri.]
>
> G: E também dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia... (...)
>
> Dra. Lúcia: [Rindo, simulando espanto.] Mas que isso? Então mulher é só desgraça!? Isso é machismo! *Só serve ficar grávida de homem*?! (Clínica B, matriz. IG: 21 semanas) (Ênfase minha)

As reações de alegria ou contrariedade eram manifestadas em uma larga gama de possibilidades, algumas anedóticas, conforme a situação que presenciei:

> Dra. Lúcia volta de um exame que acabara de fazer, comentando: "*Ih!...* maior *decepção! O pai queria menino e era menina. Tava todo mundo na sala...*" Ao sair, passando pela sala de espera vejo a seguinte cena: a gestante, gordinha e toda sorridente, sentada entre uma senhora e o marido que, muito aborrecido, conversa com alguém ao celular: "*É mole, cara!?...* Maior racha*!*" (Clínica B)

Em outra situação, a decepção foi expressa de modo mais discreto:

> P: [Timidamente.] É menina?... [Levemente desapontado.] Porque tinha um formato que pensei que era o saco escrotal e o penisinho... mas... o que vier, a gente... [Sorri, como quem diz: 'aceita'.] (Clínica B, IG: 12 semanas)

Uma situação na clínica A é ilustrativa de discrepâncias existentes em um casal no tocante às preferências. Em exame anterior, em torno da 12ª semana, o médico aparentemente dissera que havia '80% de chance' de o feto ser feminino. Baseada nisto, a gestante comprara numerosos itens de enxoval e objetos destinados a uma menina. No exame das vinte semanas, tal expectativa não se confirmou, causando um grande rebuliço durante a sessão.

G: (...) Não tô *acreditando*.

Dr. Henrique: Vou *fotografar*! Á lá o piruzinho...

P: [Para G, em tom de gozação e felicíssimo.] Mãe ansiosa...

Dr. Henrique: Eu *avisei*... [para não se precipitar]... tá nota dez...

G: [Sem esconder a decepção.] É menino, então?...

Dr. Henrique: É. (Clínica A, IG: 20 semanas)

Outra gestante, ao saber o sexo fetal, teve uma reação que surpreendeu o ultra-sonografista. Ao ver atendida sua expectativa de que o feto fosse feminino, manifestou-se de modo entusiasmado e um tanto pueril, provocando o comentário do médico comigo, após o término do exame: "*Você vê, e essa é médica!*" (clínica A, IG: 22 semanas). A observação do profissional denotou sua expectativa de que a reação de uma 'colega' fosse mais moderada, *blasée*. Este comentário mostrou-se condizente com a ambigüidade observada entre os profissionais, de considerarem 'irrelevante' a definição do sexo fetal e a instigação da curiosidade de que várias vezes fui testemunha. O comportamento de uma 'médica' – tomando-se a biomedicina, científica, como referencial – deveria ser objetivo, supostamente 'neutro'. A expressão exaltada de emoção seria incompatível com esse modelo, com a racionalidade médica implicando um afastamento das emoções. Pode-se ainda especular, em uma segunda instância, que a normalidade física do feto – na visão do ultra-sonografista, o único aspecto realmente passível de ser valorizado – seria algo 'neutro', quase como se estivesse em oposição à construção de gênero.

A informação sobre o sexo fetal foi recebida com indiferença apenas em duas ocasiões – uma na clínica A e outra na C. Nas duas situações, existia uma evidente preocupação acerca do estado de saúde do feto, e a ênfase das gestantes estava claramente colocada sobre a determinação da sua normalidade. Em contrapartida, como vimos anteriormente, em algumas situações – poucas – em que havia de fato alguma patologia fetal, eventualmente o médico ou a médica recorriam à exibição da genitália ou à determinação do sexo fetal como modo de distensionar o ambiente, obtendo sucesso temporário nesse intento.

O sexo fetal só não foi mencionado em alguns exames muito rápidos, com duração de cinco a dez minutos, ocorridos em geral na clínica B, que freqüentemente tinha um grande volume de exames por dia, o que obrigava os profissionais a serem rápidos na realização das ultra-sonografias para evitar os atrasos na agenda e as longas esperas – e as conseqüentes reclamações.

Um aspecto envolvendo a definição do sexo fetal por meio da ultra-sonografia, que emergiu claramente desse conjunto, foi em que medida essa determinação encontrava-se intrinsecamente articulada à construção do exame como espetáculo, e o quanto a produção do 'prazer de ver' estava vinculada ao 'prazer de saber': em síntese, o escrutínio e o monitoramento funcionando como elementos encompassadores e determinantes dessa construção social.

Construindo o Gênero Fetal

Com freqüência, a partir da determinação do sexo – ou mesmo quando, por algum motivo, era difícil ou não se conseguia de todo visibilizar a genitália – iniciava-se um diálogo que consolidava a construção de gênero do feto, conforme ilustra a epígrafe deste capítulo. Nas clínicas A e B – que atendiam, respectivamente, gestantes de camadas média e média/alta, e camadas média e média/baixa – esses diálogos aconteciam com maior freqüência e duração do que na clínica C, cuja clientela pertencia basicamente à camada média/alta e alta.

Nesta clínica, além de a duração dos exames ser significativamente maior, demorando às vezes mais de uma hora, acontecia, conforme vimos, um tipo de conversa sobre questões médicas que denotava uma preocupação acentuada do dr. Sílvio de que o exame tivesse um caráter mais científico e menos lúdico ou espetaculoso. Na prática, não deixava de ser um 'evento social', apenas revestido de 'medicalidade explícita'. O caráter médico do exame era enfatizado, em parte, pelo fato de muitas dessas gestações serem produto de novas tecnologias reprodutivas – a medicalização da gravidez sendo, portanto, nesses casos, praticamente um corolário 'natural' da medicalização da reprodução. Ao lado disso, a clientela dessa clínica era, de um modo geral, mais contida na expressão de suas emoções durante o exame.[3] Seus comentários indicavam uma certa preocupação de se mostrarem cientificamente bem informados e 'modernos'.

Na clínica A, também foi observada a preocupação – expressa em termos discursivos – com a 'seriedade' ou, nos termos de uma médica, com o "*ato médico*" representado pelo exame, em detrimento do caráter de 'evento social', encarado depreciativamente pelos profissionais. Contudo, a observação

revelou que a prática nem sempre era condizente com esse discurso, conforme vimos. É bem possível que essa preocupação, expressa por profissionais das clínicas A e C – e nunca evidenciada nos discursos na clínica B – esteja vinculada ao perfil socioeconômico e cultural da clientela atendida. Conjeturo se nas camadas mais abastadas não haveria uma exigência maior no tocante ao caráter mais 'científico' do exame, captada sutilmente pelos profissionais, e uma menor exigência da clientela da clínica B nesse sentido.

Um aspecto recorrente e significativo observado na linguagem utilizada durante a sessão ultra-sonográfica por todos os atores, sem exceção, foi que os diversos termos referentes a fetos femininos ocorriam sempre no diminutivo ou, no máximo, na flexão normal, jamais sendo usados no aumentativo. Para os fetos masculinos, embora também mencionados com diminutivos, os aumentativos surgiam com grande freqüência. Conforme assinala Parker (1991), no Brasil a herança patriarcal modela de forma acentuada as construções de gênero, com uma visão da masculinidade "razoavelmente bem delineada e unificada. É uma visão de poder, de ação e virilidade (...). A visão complementar da feminilidade (...) [É], sem dúvida, de inferioridade (...)" (Parker, 1991: 62).

No universo etnografado, a construção de gênero fetal dava-se de acordo com noções notavelmente tradicionais. Assim, expressões como "*é um meninão*", "*grandão*", "*vai ser um molecão*" pareciam ser apanágio dos fetos masculinos, e nunca tiveram correspondentes nas alusões aos fetos femininos, referidos como "*é uma mocinha*", "*fofinha*", "*bochechudinha*", "*agitadinha*". Não houve menção a nenhum "*menininho*", em contraposição a numerosas "*menininha[s]*" nos exames observados. Do mesmo modo, apenas uma vez presenciei um "*é fêmea*", que soou estranho e foi bem rapidamente emendado pelo médico por "*... é uma* princesa". Em contraposição a isso, diversas vezes ouvi enunciado com alegria e até um certo orgulho 'corporativista', pelos médicos: "*É* macho". As médicas anunciavam: "*É um menino*", algo como "*Olha o piruzinho aqui*", ou "*É* ele".

Quando o sexo fetal ainda estava indeterminado, os fetos eram referidos por 'ele', subentendendo-se *o* feto (bebê/neném). Os profissionais, para as gestantes, referiam-se ao "*bebê*", ou ao "*neném*", raramente mencionando "*feto*" ou – mais raramente ainda – "*o embrião*". Observei estes dois últimos termos sendo utilizados *durante* a ultra-sonografia apenas pelo dr. Sílvio, na clínica C, o que era compatível com sua preocupação com o 'nível científico' dos exames ali realizados. Nas salas de laudos, a expressão geralmente usada nos diálogos entre os médicos era "*feto* [ou embrião] *de* [tantas] *semanas*".

Algumas questões relativas à construção de gênero surgiram de modo recorrente, e sistematizei o material sob algumas rubricas partindo dessa lógica

do campo. Os aspectos destacados superpõem-se algumas vezes, e foram pensados principalmente como eixos para análise, não se constituindo como categorias estanques.

Consumo

A construção de gênero fetal associada ao consumo apresentou-se como uma característica marcante no campo. Diferentemente do capítulo anterior, no qual tratei do tema de consumo do *exame* em si, neste ponto abordo o consumo de bens destinados ao futuro bebê que, ao serem adquiridos, já 'pertencem' ao feto. A lógica constituía-se em torno de dois eixos básicos: as *cores* a serem escolhidas – para enxoval e decoração – e os *objetos*, em geral brinquedos, roupas e acessórios. Essa modalidade de consumo apresentou-se de modo mais acentuado na clínica A. Comparativamente, o tema foi menos ventilado nas sessões ultra-sonográficas na clínica C, e na clínica B veio à baila com menor freqüência ainda. Uma hipótese para explicar essas diferenças seria que, na clínica C, o consumo teria um perfil mais medicalizado, envolvendo predominantemente procedimentos e o exame em si, com isto estaria menos vinculado à construção de gênero e mais às questões envolvendo a saúde materna e fetal. Na clínica B, o tempo disponível para cada exame não permitia que os atores se estendessem muito sobre o tema 'consumo', focando-se mais em considerações sobre 'comportamentos' fetais – aí sim, devidamente subjetivados e generificados.

Cores

No universo observado, há cores consideradas consensualmente como 'neutras': branco, verde e amarelo e, secundariamente, vermelho. Estas cores de enxoval são as 'recomendadas' enquanto não se obtém a certeza do sexo fetal pela imagem. "*Vai ter que ficar no* neutro" poderia ser dito em tom um tanto desanimado quando havia a expectativa de visibilizar o sexo fetal, ou como uma promessa: "*É... enxoval neutro,* por enquanto...."; "*Talvez seja menino,* mas não sai comprando**...**" ou então: "*Por enquanto* vai continuar no amarelo..." (Dr. Henrique, clínica A). A conotação nítida dessas afirmativas era de que quando fosse definido o sexo fetal as gestantes teriam sancionada a 'felicidade' de consumir acompanhando as cores 'adequadas'.

Depois da revelação do sexo fetal, partia-se para as cores 'determinadas': rosa, no caso de fetos femininos, e azul, para os masculinos. Dr. Henrique diz para uma gestante: "Agora *já pode ir aí no* shopping*, comprar tudo azul...*"

> Uma senhora – após confessar que 'torcia' para que fosse uma menina, a ponto de vir assistir ao exame com uma jaqueta de couro cor-de-rosa – declara satisfeita ao saber que teria uma neta: "*Já dei macacão verde, branco... agora... tudo* rosa." (Avó, clínica C)

Uma situação – com elementos tragicômicos – é ilustrativa do valor atribuído às cores e objetos para a construção de gênero fetal. Um comentário brincalhão – costumeiro desse médico – adquiriu contornos diversos ao se confirmar o sexo fetal:

> Dr. Henrique: [Iniciando o exame, diz brincando, como sempre faz.] Guardou as notinhas [das compras]? Função de pai é essa... trocar... [Após poucos minutos.] Tem opção [de prenome] pra menino?
>
> P: Tá achando que é menino? [G mostra-se apreensiva, P está excitadíssimo, ambos riem, nervosos.] Tá brincando...
>
> Dr. Henrique: Estou achando que sim...
>
> P: [Quase gritando.] É menino! Cadê? Não tem pintinho?... [Rindo às gargalhadas.] Ela comprou muuuuito! [Volta-se para o médico, ansioso.] *Doutor, pode causar trauma ter chamado ele de menina até agora?* (...) [G está visivelmente contrariada.]
>
> Dr. Henrique: Falei que era 80% de chance... (...)
>
> G: [Já de pé, passando por mim, desolada.] Comprei tudo rosa! (Clínica A, IG: 20 semanas) (Ênfases minhas)

A pergunta sobre o possível "*trauma de ter chamado ele de menina até agora*" evidencia a psicologização e a subjetivação do feto estreitamente vinculadas à construção de gênero – esta sendo, por sua vez, firmemente codificada em termos das cores e dos objetos destinados ao futuro bebê. A rigor, o feto, na maioria das vezes, a partir da revelação do sexo passa a ser tomado já como uma criança de fato – menina ou menino –, sendo sua localização no útero da mãe quase que um 'detalhe' meramente circunstancial.

Perguntei a essa gestante, quando se retirava da sala: "*Por que menino não pode usar rosa?*" Sua resposta, após me olhar com um certo espanto, de cima a baixo foi: "*Ah...* não*!*". Sua surpresa diante da minha pergunta – provocativa, reconheço – denota a rigidez da codificação vigente em termos de cores 'para meninas' e 'para meninos'.

Objetos

Assim como as cores 'determinadas', o rosa e o azul, a definição visual do sexo fetal parece gerar uma 'corrida' para o consumo de objetos que comporão o ambiente do futuro bebê: a decoração do quarto, suas roupas e seus brinquedos.

> G: Tem possibilidade de ver o sexo? Porque *vou passar um mês nos Estados Unidos, aproveitava e comprava tudo...* (Clínica C, IG: 11 semanas) (Ênfases minhas)

> Avó: Agora tem essa facilidade... antes comprava o enxoval e tudo bem... agora, ela não comprou nada, estava esperando saber o sexo. (Clínica A, IG: 19 semanas) (Ênfases minhas)

Quanto à composição do enxoval, destacam-se as referências aos vestidinhos e lacinhos para as 'meninas', e às camisas de time de futebol – 'enxoval para homem' – para os 'meninos'.

> Dr. Henrique: [Terminando o exame.] Já pode comprar uns vestidinhos aí...
>
> G: Gravou aí que é menina? (Clínica A, IG: 19 semanas)

> G: É menino com certeza, agora?... Posso...?
>
> Dr. Sílvio: Seu bilhete correu.
>
> G: [Para P.] Que boquinha, hein!? [Para o médico.] Há mais de um mês que ele tá falando! Maior pressão! *Enxoval para homem...* (Clínica C, IG: 14 semanas) (Ênfases minhas)

> Dra. Lúcia: O sexo... que você perguntou.... [Mostra uma imagem na tela.] Pode sugerir [frisa] tá vendo aqui... isso aqui é o falo... em relação ao corpo, tem uma angulação... então isso mostra uma tendência... nessa posição evolui para formar o pênis. Mas não é certeza... [Ri.] *Não pode comprar a camisa do Fluminense... ainda.* (Clínica B, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

Eventualmente apresentou-se uma mescla um tanto bizarra de informações médicas e 'sugestões' de objetos destinados ao futuro bebê:

> Dr. Henrique: [Faz as medições de costume, enquanto vai mostrando.] *A orelhinha... onde vai pendurar o brinco... estou vendo a implantação, tem síndromes que a implantação é baixa...* tá tudo normal... (Clínica A, IG: 21 semanas) (Ênfases minhas)

No tocante aos brinquedos, para as meninas destacam-se as referências a bonecas e bichinhos de pelúcia:

> Enquanto o dr. Henrique prossegue com o exame, medindo os parâmetros, G murmura felicíssima: "Bonecas, bonecas, muuuitas bonecas! [Dirige-se ao marido.] *Pronto!* Agora vamos poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia!" (Clínica A, IG: 22 semanas) (Ênfases minhas)

As montagens do enxoval e do quarto do futuro bebê, inclusive o tipo de brinquedos, parecem estar indissoluvelmente vinculadas à construção de gênero fetal, em um movimento de realimentação positiva. Tanto a construção de gênero delimita quais objetos e cores são 'cabíveis' para os futuros meninos e meninas quanto esses objetos e cores, segundo os atores, detêm o potencial de modelar a construção de gênero do feto. Um exemplo significativo é o da gestante médica que surpreendeu dr. Henrique com sua reação pueril, que ficou igualmente entusiasmada com o fato de seu feto ser feminino e de poder comprar "muuuitas *bonecas!*" e "*poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia*". No decorrer do exame declarou, enfaticamente: "*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser 'viado'* ". Sua afirmação denotava, entre outros aspectos, a idéia de que toda a decoração antevista teria uma característica tão marcadamente 'feminina', que esta teria fortes repercussões sobre a 'orientação sexual' de seu filho... ainda um feto de 22 semanas. É evidente que havia também diversas outras determinações para essa fantasia, como veremos adiante.

O mercado está atento e investe maciçamente para, ao mesmo tempo, atender e instigar a demanda do novo filão. Existem diversos *sites* na Internet dedicados exclusivamente a essa faixa de consumidores, fornecendo para as gestantes informações dos mais variados tipos – que vão desde as de cunho 'científico' sobre o que se passa na gravidez, cuidados e precauções médicas na gestação, até psicologia e educação infantil – apresentando maior ou menor grau de sofisticação. Da mesma forma com que freqüentemente se entrelaçam temas médicos com a instigação ao consumo durante as conversas na sala

de exame, os *sites* utilizam uma estratégia que consiste em fornecer conhecimento 'médico', informações 'científicas' sobre a gravidez como forma de captar uma nova clientela consumidora.

A gestante pode se cadastrar nesses *sites* e assim receber informações semanais, por *e-mail*, sobre a evolução da gestação. Receberá junto com isso uma quantidade inimaginável de ofertas de produtos que podem ser comprados pela Internet por meio de um singelo 'clique aqui'. Cadastrei-me em um deles em abril de 2003, sob um nome fictício, com uma 'idade gestacional' inicial e até a 40ª semana – completada em janeiro de 2004 – recebi *e-mails* semanais. Desde então continuei recebendo-os, inicialmente mensais e depois mais espaçados, com informações sobre 'educação' e 'psicologia' infantis, mescladas com 'ofertas imperdíveis'. Um dos *sites* mais bem estruturados é patrocinado por uma conhecida loja de móveis infantis. Outro oferece uma infinidade de produtos variados, desde chupetas e protetores de seio até carrinhos e berços de bebê, mas passando sempre pela inevitável literatura sobre psicologia e educação.

Outra modalidade consiste nas feiras tipo 'Expo mãe-bebê' que são montadas regularmente em grandes pavilhões de exposição. Desde antes do nascimento, os fetos são investidos da 'qualidade' de consumidores. A construção de gênero do feto, no universo observado, encontra-se inextricavelmente ligada a essa forma de consumo.

Construção da identidade fetal

No nome

Um dos aspectos marcantes da construção do feto como Pessoa está vinculado à escolha do prenome, que, na maioria das vezes, é mencionado no momento da determinação do sexo fetal. No Código Civil Brasileiro, de 2002, o artigo 16 do capítulo II – "Dos direitos de personalidade" – reza: "Toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome."[4] Esta formulação diz respeito aos sujeitos de direitos já nascidos, evidentemente. Nominar um feto antes de seu nascimento, portanto, simbolicamente o constitui ao mesmo tempo como pessoa e como sujeito de direitos, partindo do pressuposto de que a letra da lei cristaliza uma série de valores e regras em circulação em cada cultura.

A pergunta dos profissionais pelo prenome escolhido costumava ser quase automática, simultânea à revelação do sexo. Em geral, as alternativas já estavam delimitadas quando do momento do exame, um fato familiar aos ultra-sonografistas, o que foi evidenciado pela surpresa manifestada quando tal não ocorria:

Dra. Lúcia: Como é o nome dele?

G: [Aparentemente pega de surpresa pela pergunta.] ???

Dra. Lúcia: [Surpresa.] Não sabe...?

G: Ainda não escolhi... (Clínica B, IG: 26 semanas)

Dr. Sílvio: [Para P.] E o nomezinho?

P: Não sabemos...

Dr. Sílvio: [Admirado.] Que tranqüilidade!... (Clínica C, IG: 22 semanas)

Em algumas situações, quando as preferências por determinado sexo estavam muito marcadas, simplesmente não havia prenome alternativo escolhido:

Dra. Lúcia: Tu já escolheu [*sic*] nome?

G: Bianca.

Dra. Lúcia: Uai!? E se for menino? Não tem nome pra menino?

G: Tenho *certeza* que é menina. (Clínica B, IG: 17 semanas)

Às vezes a pergunta do ultra-sonografista sobre o prenome evidenciava a existência de tensão entre gestante e parceiro quanto à escolha. Nas situações observadas, a gravidez já estava em seu terceiro trimestre, denotando existir uma longa discussão acerca do prenome – daí derivando, possivelmente, o mal-estar desencadeado pela pergunta.

Dr. Henrique: É menino. Qual o nome? [A pergunta fica sem resposta do casal, criando-se um silêncio constrangedor; há uma tensão no ar.] [Mostrando com o cursor na tela.] Olha aqui o piruzinho... qual o nome?

G: [Rapidamente.] João Mateus.

Dr. Henrique: Mateus com h?

G: Sim. (Clínica A, IG: 32 semanas)

A situação deixou patente a presença de uma disputa entre o casal, pois o marido da gestante manteve-se sério e silencioso durante todo o exame e, depois da segunda pergunta do profissional, ao prenominar o feto ela não hesitou, sequer olhando em sua direção. Este foi também um exemplo de uma

interação sutil, não verbalizada, entre a cliente e o médico, que pareceu captar o mal-estar e tentou contorná-lo, perguntando por um detalhe banal no prenome, tentando desviar-se da questão principal.

Na clínica B, houve uma situação em que a médica foi sutilmente solicitada a opinar, quando o casal expôs, em detalhe, no decorrer do exame, a questão geradora do conflito:

> Em um clima tenso, o casal explica que queria dar o prenome do pai. O problema consiste em que P queria que o bebê tivesse nome igual ao seu, para ser 'Marcos da Silva *Filho'*. Para tal, segundo eles, legalmente o bebê não poderia levar no nome o sobrenome da mãe, o que desagradava a G e, se tivesse o prenome do pai, acrescentado dos sobrenomes da mãe e do pai, deveria ser 'Marcos Correia da Silva *Júnior'*. G protesta, inconformada, que a criança "*vai acabar sendo Juninho*". (Clínica B, IG: 33 semanas)[5] (Ênfases minhas)

A importância atribuída à questão de o filho portar ou não o sobrenome da mãe vinculava-se tanto a aspectos relacionais e de pertencimento como à individualização e singularização do feto, pois a gestante mostrava-se igualmente incomodada com o fato de "*ele não ter nada meu*" no nome e com a possibilidade de vir a tornar-se "*Juninho*", um apelido 'genérico'. A importância da escolha do nome na construção da identidade do filho foi reconhecida pela médica, que durante essa sessão voltou-se para mim, rindo: "*Olha aí, um assunto para você!*", um comentário que também envolvia uma questão da minha identidade no campo, pois não ficou esclarecido se ela achava que seria 'assunto' para mim como psicanalista ou como antropóloga.

Na clínica C, de clientela abastada, um aspecto conspícuo no modo como as gestantes se apresentavam, ostentando jóias, roupas e acessórios 'de marca' – particularmente uma profusão de bolsas Louis Vuitton® – e deixando no ar um odor de perfumes importados, com certa freqüência verifiquei que a escolha do prenome de fetos masculinos era investida de valor e se apresentava revestida de algum grau de solenidade, quando se tratava de atribuir o prenome de um ascendente, vivo ou não. Deste modo, parecia ser estabelecido um sentido claro de descendência ou de continuidade de uma 'linhagem' familiar e de manutenção de patrimônio.

> Dr. Sílvio: Já tem nome?
>
> P: *Tô pensando em dar o nome do meu pai, já falecido*... minha mãe também já faleceu... *tenho alguma coisinha* que ele deixou pra mim, *senão não tava aqui*... [Referindo-se ao fato de que o casal havia se

> submetido a um processo de reprodução assistida muito dispendioso.] *Eu queria ter para quem deixar...* João. Vai ser Neto. (Clínica C, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

Nesses casos pareceu estar em jogo uma questão apontada por Besnard & Desplanques envolvendo uma forma tradicional de prenominação, transmitida de uma geração a outra em uma família. Estes autores estabelecem a distinção entre modos de prenominação, contrapondo prenomes *transmitidos* em família, repetidos e pouco variados – forma tradicional, até o século XIX, na França –, a prenomes *escolhidos*, variados e abundantes que emergem como fenômeno no século XVIII e se cristalizam no XIX (Besnard & Desplanques, 1991), correspondendo ao processo de expansão do Individualismo nos termos de Dumont (1992, 2000).

> G: Tinha a maior torcida pra ser *menino*...
>
> P: *Meu pai vai ser homenageado*... mas eu não faço questão [que seja menino]... desde que nasça saudável...
>
> [O exame termina. P está entusiasmado com o filho 'homem', que receberá o *nome do avô, acrescido de 'Neto'*. (...) Dr. Sílvio pergunta o nome do avô. É um grande empresário, conhecido, no Rio de Janeiro.] (Clínica C, IG: 13 semanas) (Ênfases minhas)

Nomear o feto com o prenome de um ascendente podia também ter o sentido de uma homenagem mais isolada, como no exemplo a seguir:

> Avó: [Animadamente.] Nosso bebê... vão morar lá em casa...
>
> Dr. Sílvio: [Rindo, para G.] Acho melhor já fazer outro... esse aí... [dando a entender que a avó iria se apropriar.]
>
> Avó: [Ainda deliciada com a notícia.] É menina mesmo! A Maíra, que bom! *Ainda por cima meu nome! Homenagem à avó!* (Clínica C, IG: 16 semanas) (Ênfases minhas)

Nas clínicas A e B, este sentido de escolha de prenome não ocorria, sugerindo a existência de uma diferença do tipo 'tradição *versus* modernidade' calcada em fatores socioeconômicos. A clínica C, atendendo predominantemente uma clientela de camadas abastadas, estaria mais vinculada a formas tradicionais de comportamento. Conforme vimos, na clínica A foi observado um modo peculiar de prenominação de fetos adotado pelo dr. Henrique: digitar

o prenome escolhido ao lado de uma setinha que apontava para a imagem da genitália. Este procedimento era usual em exames de fetos com mais de vinte semanas de idade gestacional, e em geral a imagem 3D era a escolhida, após uma 'consulta' brincalhona do médico acerca de preferências pelo azul ou rosa dependendo do sexo fetal. Também eram colocados prenomes em imagens 2D do sexo fetal, em especial quando se tratava do masculino, visualmente mais fácil de identificar. Esta prática do médico era de tal maneira recorrente que a minha atenção era despertada quando *não* ocorria. Na clínica B, um procedimento similar foi verificado em algumas ocasiões: a médica digitava o prenome do feto no cabeçalho da imagem da genitália, mas esta não era uma prática corriqueira.

Como já vimos, dr. Sílvio, na clínica C, em contraposição expressa a esse procedimento, declarava ter por princípio não colocar prenome algum junto às imagens fetais. Avançando um pouco mais nesta questão, a afirmação de dr. Sílvio, de que não gostava de dar nome às imagens, "*para não prender*", porque "*depois os pais mudam de idéia (...) chama Marcos e fica sabendo que o nome ia ser Lucas... confusão...*", de algum modo corroborou a idéia de que, em que pese a tecnologia de ponta da clínica C, estavam em jogo valores vinculados a um modo 'tradicional' de agir, no tocante à escolha de prenome para os fetos. Dar formalmente o prenome apenas no nascimento tornou-se, afinal de contas, um modo 'antigo' ou 'tradicional' de comportamento. Outro elemento evidenciado por esse discurso era o reconhecimento implícito da articulação entre a prenominação e a construção de identidade e, em última instância, de individualidade.

A partir da escolha do prenome, as referências ao feto – até então inespecificamente apenas 'o bebê/neném' ou 'o teu bebê/neném' – passavam a incluir também 'o Fulano' ou 'a Fulana'. Em contrapartida, a gestante e o parceiro que, desde as primeiras imagens fetais, passaram a ser tratados por 'mãe' ou 'pai', assim permaneciam até o final da gestação, como se suas respectivas identidades houvessem sido substituídas integralmente pelas novas funções.

Outro aspecto curioso foi que, embora as referências às partes do corpo fetal geralmente ocorressem na forma diminutiva, poucas vezes ouvi os prenomes dos fetos flexionados deste modo. Era comum dizerem: "*Olha aqui o pezinho do Mateus!*", ou "*Está vendo a orelhinha da Luana?*", e assim por diante. Abstraindo-se o conteúdo, parecia que as referências eram feitas a pessoas adultas. Os prenomes também eram utilizados para 'dar ordens' aos fetos, para que ficassem em posição mais favorável para a obtenção da imagem de determinada parte de seu corpo.

Na subjetivação e nas atividades fetais

Determinados movimentos e atividades fetais visualizados na tela do monitor do aparelho eram, com grande freqüência, interpretados pelos atores como 'atitudes' ou 'comportamentos' do feto, como já vimos no capítulo 3.[6] O entendimento do movimento das imagens como atividades voluntárias, intencionais ou expressivas – de 'emoções' ou 'traços de caráter' – do feto indicava uma tendência acentuada no sentido de subjetivá-lo. Essas imagens – a rigor, sombras com diferentes tons de cinza – poderiam corresponder a movimentos de membros, mudanças de posição ou ao coração em atividade. O termo 'subjetivação' abrange aqui, portanto, a atribuição – pelos atores do universo etnografado – de 'intencionalidade', assim como a de 'sentimentos' ao feto, associados à visualização das imagens fetais. Nas clínicas A e B, essa situação foi observada com mais freqüência do que na C. No mais das vezes, a subjetivação do feto era generificada, calcada nas concepções vigentes e com caráter eminentemente normativo. Os diálogos evidenciaram estar, assim, em processo a construção de identidades fixas de gênero, para cada feto.

Na interpretação das imagens vistas no monitor pelas gestantes e acompanhantes, os fetos femininos seriam mais 'lentos' do que os masculinos. Os masculinos seriam 'agitados', 'mexem muito', e por esse motivo iriam 'dar trabalho':

> G: As últimas ultras ela tava só de lado...
>
> P: É... ela não virou...
>
> Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?
>
> G: *É que demorou a mexer...* só mexeu com cinco meses... (Clínica B, IG: 21 semanas) (Ênfases minhas)

> G: Que gracinha... ele mexe muito! Esse não vai ser mole!
>
> Irmã [6 anos]: *Vai ser menino.* (Clínica A, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

Para alguns dos atores, mesmo os parâmetros fisiológicos dos fetos femininos seriam diferentes dos masculinos – um entendimento informado pelos pressupostos de que 'meninas' seriam 'lentas' e 'meninos', 'agitados':

> Ouve-se os batimentos cardíacos fetais, a avó compara com o feto da outra filha, também grávida: "Esse *não vai ser fácil!... Já a Ana Paula*

faz assim [lentamente] *tum... tum.... tum... mais calminha...*" (Clínica A, IG: 37 semanas)

Sublinhe-se o fato de que os batimentos cardíacos fetais normais têm uma freqüência muito mais alta do que a dos adultos, não havendo grandes diferenças entre um feto e outro, de mesma idade. Alterações acentuadas no ritmo dos batimentos indicariam problemas – graves – com a saúde do feto, o que não era o caso.

A interpretação dos movimentos de fetos também se dava de acordo com idéias apriorísticas sobre diferenças de atitude vinculadas ao gênero:

> G: Ela *quase não mexe... minha filha é uma* lady... o dela [referindo-se à amiga grávida, presente ao exame] é *atleta*, não pára um minuto!
>
> Amiga: Ela é delicada... *o meu* [feto] *chuta muito!... É um grosso...* (Clínica A, IG: 35 semanas) (Ênfases minhas)

Em outra ocasião, a interpretação das imagens foi a de que um feto feminino estaria 'preocupada' com sua aparência:

> G: [Surge a imagem da face em 3D] Minha mãe vai dizer: 'que nariz é esse?'... [Surge a imagem da mão diante do nariz.] *Ela não quer mostrar o nariz... isso é importante pra ela* [feto]...
>
> P: É charme...
>
> G: Se escondeu mesmo! Tudo que colaborou no resto do exame agora não quer... (Clínica C, IG: 37 semanas) (Ênfases minhas)

A facilidade ou dificuldade de o ultra-sonografista conseguir capturar uma determinada imagem fetal não escapou de ser traduzida em termos de uma interação do feto com o ambiente: "*ela* não quer *mostrar o nariz*" – que, na apreciação da mãe, seria 'feio'. Como 'menina', 'vaidosa', querendo ser bonita – no senso comum, afinal, um 'desejo de toda mulher' – teria passado a 'fazer charme' e a 'esconder' a face: "*isso é* importante *para ela*".

Em diversas situações, a começar pelo exemplo da epígrafe que deu nome ao capítulo, ficou claro que os 'meninos' são percebidos como 'exibidos' e as 'meninas' como 'recatadas', em especial no que tange à visibilização da genitália. No universo etnografado parecem circular códigos de gênero rígidos, modelando a interpretação dessas imagens fetais. Esse modo de compreender as sombras cinzentas indica a expectativa de 'recato' destinado às meninas,

também vinculada a uma construção de gênero tradicional, na qual se esperava das mulheres uma atitude mais restrita ao âmbito doméstico, com suas atividades sexuais rigidamente controladas, enquanto dos meninos almejava-se o oposto (Parker, 1991). A dificuldade – maior ou menor – do profissional em visibilizar os genitais do feto era utilizada como suporte para as seguintes afirmações:

> Dra. Priscila: Opa! Quer saber o sexo?
>
> G: [Meio hesitante.] É...
>
> Dra. Priscila: [Rapidamente, parecendo querer logo anunciar a 'novidade'.] *É menino!... Com certeza! Se exibiu todo aqui...*
>
> Avó: Doutora... tem 100% de certeza que é menino?
>
> Dra. Priscila: *120%... ele é todo exibido...* (Clínica A, IG: 16 semanas) (Ênfases minhas)

> P: [A imagem do feto se revira como em uma cambalhota, na tela.] *Tá sem vergonha! Se for mulher tá desinibido até demais!* (Clínica B, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

Foi observado amiúde um deslizamento discursivo que se dava praticamente sem transição, da avaliação médica da morfologia fetal para a subjetivação do feto, modelada por códigos de gênero:

> G: E lábio leporino, dá para ver?
>
> Dr. Henrique: Só que ela está com a mão na frente do rosto, estou tentando ver e ela não tira de jeito nenhum... vamos ver se muda de posição... nada. Ih! Agora está com as duas mãos no rosto.
>
> G: Aaah... toda manhosinha... (...) Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser 'viado' [*sic*]. [Risos dela e do marido.] (Clínica A, IG: 22 semanas)

A seqüência do diálogo deslizou da preocupação com a possibilidade da existência de um defeito congênito – lábio leporino – para a construção de subjetividade e gênero fetais, indicando dois níveis de normatização. O primeiro nível dizia respeito à morfologia física, ao se constatar que não havia nenhuma malformação congênita e que o feto era 'perfeito', de um ponto de vista anatômico. O segundo nível de normatização envolvia a construção de subjetividade

generificada, feminina, desse feto. A dificuldade na obtenção da imagem da face pelo profissional, em virtude de o feto – feminino – estar com as mãos diante do rosto, foi traduzida pela gestante como: "*Aaah... toda manhosinha...*". Em seguida a esta atribuição de significado, evidenciou-se que, de acordo com ela, tal atitude só seria admissível para uma menina: "*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser 'viado'* ", comentário seguido de risos da gestante e de seu marido. Os fetos femininos poderiam ser 'manhosinhas', atitude inadmissível em 'homens machos'. A gestante mostrou-se muito satisfeita de o seu ser feminino, atendendo às suas expectativas. Caso contrário, a construção de gênero escaparia à norma vigente, e "*ia ser 'viado'* ". Os risos que se seguiram ao comentário denotavam a existência de ansiedade relacionada ao 'desvio' da norma e evidenciaram, em última instância, o alívio trazido pela 'confirmação' de que o feto seria 'inteiramente' normal, pois o sexo fetal era condizente com a construção de identidade de gênero preferida pela gestante.

Um aspecto a salientar neste ponto é a constatação de que, de um modo geral, a preocupação com a definição do sexo fetal e sua conseqüente generificação ocorriam *após* o reasseguramento de que o feto era 'perfeito', de um ponto de vista morfológico. Em outros termos, os dois níveis de normatização se sucediam no tempo, o que, de certa maneira, iluminava a importância atribuída pelos atores a cada nível. Assim como vimos no tocante à transformação do ultra-som em espetáculo, a 'descoberta' do sexo e a generificação do feto emergiam como curiosidade e como construções discursivas quando não se evidenciava visualmente nenhuma patologia.

A dificuldade em obter imagens da face fetal era usualmente interpretada como 'timidez' ou 'vergonha', mas diferentemente da dificuldade ou da facilidade na obtenção de imagens da genitália, 'timidez' ou 'vergonha' pareciam ser atributos de fetos femininos e masculinos, indistintamente. Pode-se aventar a hipótese de que tal noção esteja calcada na admissão implícita de que os bebês em geral possam ser 'envergonhados'.

> Dr. Sílvio: [A imagem do feto solta as duas mãos e volta a segurar.] Essa foto aqui ficou bonitinha... o bracinho está na frente...
>
> P: Ela é tímida... (Clínica C, IG: 25 semanas)
>
> [O médico mostra a imagem do pênis do feto para a gestante e passa para a imagem 3D. A seguir busca a imagem da face.]
>
> Dr. Henrique: Está com as duas mãos na frente do rosto. Está com vergonha, né? (Clínica A, IG: 27 semanas)

O aspecto a ser sublinhado é o fato de que posturas comuns em fetos – mãos ou braços na frente do rosto – ou movimentos fetais, descritos como 'virar de costas' para a sonda, sejam quase sempre interpretados como a expressão de 'sentimentos' – 'vergonha' – ou como uma característica de 'personalidade': a 'timidez', generificados ou não. A rigor, a mera descrição do movimento como 'virar de costas' para a sonda já traz implícita a noção de que o feto se mostraria 'ciente' do fato de estar sendo observado.

Nas 'profissões'

Certos movimentos visualizados na tela do monitor, como a movimentação das pernas, entre outros, eram imediatamente traduzidos – sempre em tom de brincadeira, mas nem por isso menos significativas – como indicativos de uma futura atividade 'profissional', que obedecia a uma distribuição calcada em determinadas concepções de gênero:

> [A gestante reclama que sente muito à esquerda.]
>
> Dr. Henrique: É que os pés estão para cá [mostra].
>
> G: Ah... vai ser jogador de futebol... (Clínica A, IG: 22 semanas)

> Dr. Sílvio: [Freqüência cardíaca é] *160 batimentos por minuto...*
>
> P: Vai ser *atleta*...
>
> Dr. Sílvio: Olha o pintinho... aí, ó! [Para G.] Seu bilhete já foi corrido...
>
> P: [Todo satisfeito.] *Machão*! Vou criar pra ser centroavante do Vasco da Gama... 'tipo' Roberto Dinamite.
>
> G: Não quer que seja Garrincha? (Clínica C, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

A atividade 'profissional' designada para meninas que se mexiam ou esperneavam muito era outra:

> Diante da pergunta do médico no sentido de o feto se mexer muito, G responde: "*Se fosse menino, ia ser jogador de futebol... aliás, a minha filha, se deixar, joga futebol mesmo...*" Alguém comenta, rindo: "*Vai é ser bailarina...*" (Clínica A, IG: 34 semanas)

Dra. Cássia: Tá mexendo direitinho?

G: Mais que normal... [Faz] um pagode aqui dentro...

Dra. Cássia: Tem 37 semanas... *o pagodeiro...*

G: É menina.

Dra. Cássia: Então, é uma moça pagodeira?... Forrozeira, então... melhor... mais comportada... e a moda é essa... (Clínica B, IG: 32 semanas) (Ênfases minhas)

Pode-se especular que a idéia de 'pagode', para essa médica, estivesse associada a uma 'devassidão' carioca, sendo o forró, nordestino, tradicional, uma atividade mais 'adequada' para 'moças' de quem, afinal de contas, se esperaria uma atitude de 'recato'.

Nas questões relacionais

Com base em diversos comentários que, começando na gravidez, já projetavam no futuro certos relacionamentos, foi possível depreender algumas das expectativas envolvendo, no grupo etnografado, a construção de identidades, codificações e relações de gênero do feto. Tais comentários evidenciavam algumas noções construídas acerca do 'feminino'. Mulheres competiriam entre si no tocante à beleza...

G: (...) Dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia...

P: Compete com a mãe...

Dra. Lúcia: Mas quer dizer que tu tá [*sic*] se achando feia? [G faz que sim com a cabeça.] Isso é a tua auto-estima... [Ri.] (...) Sabe que eu tô achando que é menina?... Agora é que você vai se achar feia... (...) [Algum tempo depois, declara.] É uma moça.

G: *Já tá competindo comigo...* (Clínica B, IG: 21 semanas) (Ênfase minha)

... deveriam ser heterossexuais, namoradeiras...

G: Muitas amigas tão tendo meninos, *a Maíra vai se dar bem...* (Clínica C, IG: 16 semanas) (Ênfase minha)

... e também já tinham modeladas as futuras brincadeiras e/ou relacionamentos com companheiros predeterminados:

> G diz que uma das amigas escreveu um *e-mail* para ela perguntando "*se o neném* [dela, G] *iria* jogar bola *com o Marcelo ou ia* namorar *com* [*sic*] *o Marcelo*". Agora, após saber que esperava uma menina, ela ia responder para a amiga que "*a Alice vai* namorar *com* [*sic*] *o Marcelo*". (Clínica A, IG: 22 semanas) (Ênfases minhas)

Poderiam até ter características desvalorizadas ou não consideradas como muito 'femininas', aceitas de modo bem-humorado, desde que pudessem ser associadas a determinados 'padrões familiares':

> P: Se nascer sexta-feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47 cm...
>
> G: Se nascer baixinha e invocada... as mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas [ri].
>
> P: Na minha família são altas. [Ri.] Altas e invocadas. *A avó não é alta mas é invocada...* [Para G.] Melhor a família do teu pai... (Clínica C, IG: 37 semanas) (Ênfase minha)

Também das meninas se esperava que 'dessem trabalho', mas no sentido de terem que ser 'controladas', conforme o modelo tradicional de expectativa de recato para as meninas:

> Dr. Henrique: Pode ficar no enxoval rosa...
>
> G: O Daniel não gostou... ele queria um irmão...
>
> P: [Para Daniel, um menino de cinco anos.] Não vai deixar os garotão [*sic*] mexer com ela, hein!?... Vai cuidar, né? (Clínica A, IG: 27 semanas)

Curiosamente, não testemunhei nenhuma referência explícita a questões relacionais no tocante a fetos masculinos. Uma hipótese plausível é a de que a concepção subjacente, em circulação no universo etnografado, seja a do 'homem' como auto-suficiente, mais individualizado, 'destacado' e menos passível de 'controle' por parte da família.

Nos atributos físicos

Como já vimos, uma prática usual dos profissionais das três clínicas consistia em 'mostrar o neném' para as gestantes e, nessa atividade, a genitália do

feto ocupava um lugar de destaque. As expressões usadas para designá-la seguiam a mesma lógica de distribuição dos termos em geral, utilizada para se referirem às partes do corpo ou aos atributos fetais. Para os 'meninos', os termos podiam ser diminutivos e aumentativos, enquanto que para as 'meninas', os aumentativos nunca eram usados. Os profissionais recorriam também com maior freqüência a diversas gírias e expressões populares para designar os genitais masculinos – 'piru', 'documentos', 'pinto', 'terceira perna' –, mencionando 'pênis' em relativamente poucas ocasiões. Algumas vezes, a palavra 'documentos' serviu igualmente para designar genitálias femininas. O uso deste termo em particular explicita de modo veemente em que medida a visibilização da imagem da genitália torna-se fundamental para a construção de uma identidade generificada para o feto.

Conforme assinalado por Parker,

> É nas expressões, termos e metáforas utilizados para falar do corpo e suas práticas, que (...) os sentidos associados ao gênero na vida brasileira são mais poderosamente expressos. (...) [A] classificação inicial de diferença anatômica é (...) apenas o primeiro passo num processo de elaboração cultural muito mais extenso que, no fim, transforma (...) a natureza do corpo humano num conjunto de distinções socialmente significantes: as relações hierárquicas de gênero na vida brasileira (...) A lista de termos (...) mais comumente usados na linguagem coloquial articulam coerentemente uma distinção entre os corpos do homem e da mulher que pode ser tudo, menos neutra. (...) seu uso explícito em atos de linguagem (...) repetidamente elaboram a força e a superioridade dos genitais masculinos (...) (Parker, 1991: 63-64)

Assim, o tamanho – de preferência, 'alentado' – dos genitais de fetos masculinos era enfatizado e valorizado por profissionais e gestantes e, de um modo especial, pelo pai. Essa valorização evidenciava a conexão metafórica entre os genitais masculinos e vigor, resistência, força e virilidade masculinos.

> Dra. Lúcia: Aqui o *saquinho* dele aqui... *piruzinho*... *piruzão*! [Risos.] (...) (Clínica B, IG: 37 semanas) (Ênfases minhas)

> Dr. Henrique: Olha o piruzão! [Fixa a imagem, passa para 3D.]
>
> G: [Rindo.] Você fica falando isso! O pai fica falando para todo mundo... (...) [Faz um gesto conotando que P estaria se gabando do 'tamanho' do pênis do filho.]

Dr. Henrique: Vamos *documentar* o rapaz... [Digita 'Marco' ao lado da imagem.] (Clínica A, IG: 32 semanas) (Ênfases minhas)

P: [Excitado, fala alto, dirige-se ao médico, rindo.] Dr. Sílvio, [eu] já disse pra todo mundo que entre uma perna e outra tem um negócio muito grande...

Dr. Sílvio: [Rindo.] Você é publicitário? Porque isso é publicidade...

[Já saindo da sala, P comenta entusiasmado: "*O primeiro* garanhão *da família!*" Em seguida, decepcionado, murmura: "*Vim ver* o tamanho do documento... *nem vi!...*"] (Clínica C, IG: 14 semanas) (Ênfases minhas)

As menções à genitália feminina ocorriam na flexão normal ou no diminutivo. Para essas referências, os profissionais reservavam, na maior parte das vezes, a norma culta, o supostamente discreto, erudito e 'neutro' vulva. No máximo, o estranhíssimo 'vulvinha'. Essas escolhas semânticas traduziam a noção compartilhada de uma relativa restrição de âmbito da sexualidade para as meninas: se o domínio masculino era o público, o da rua, gírias seriam adequadas para descrever a genitália masculina, em contraposição ao modo douto de referência à genitália feminina. Apenas muito esporadicamente eram utilizados termos populares para mostrar os genitais de fetos femininos, indicando que 'meninas' estariam longe da rua e, conseqüentemente, dos termos chulos – mesmo assim, usados em geral no diminutivo:

Dr. Sílvio: [Mostra a genitália do feto.] Isso aqui é a baratinha dela... perninha aqui, outra perninha, os rins... [Digita 'genitália' acima da imagem.] (Clínica C, IG: 22 semanas)

Dr. Henrique: Não tem erro...

G: Já sei ver... o pessoal chama de hamburguinho... [a imagem da vulva; o médico digita o prenome ao lado].

Dr. Henrique: O bracinho dela... a boquinha... tá vendo por baixo, tá vendo? [Sucedem-se diversas imagens na tela.] A vulva lá... o rostinho aqui... o perfil... (Clínica A, IG: 32 semanas)

G: [Para o médico.] Não dá pra saber [o sexo]...? A cabeça... [está] do lado direito ou do lado esquerdo?

> Dr. Sílvio: Agora tá pro lado esquerdo... bonitinho... para definir logo... essa coisinha [mostra com o cursor] aqui... linear, é a periquita dela. (Clínica C, IG: 16 semanas)

Alguns comentários indicavam que certos atributos físicos estavam associados positiva ou negativamente ao gênero. Se a associação da masculinidade era com força, tamanho e vigor físicos, para as 'meninas' esperava-se que fossem de talhe miúdo, delicadas e bonitas, vinculada à compreensão difundida na cultura brasileira da mulher "como sendo em todos os sentidos o mais fraco dos dois sexos – bela e desejável" (Parker, 1991: 58).

> Dra. Lúcia: Agora tá meio de lado... ó a carinha!... que *bonitinha*! (...) *Cara de mocinha mesmo*! (...) (Clínica B, IG: 21 semanas) (Ênfases minhas)

> G: [Para o médico.] Ele era pra ter um tamanho maior do que tá? Era pra ter de 6 a 8cm... Se puxar a mãe... [G é baixinha, P tem estatura entre normal e alta.]
>
> P: *Tem* que ser menina... (...) (Clínica C, IG: 12 semanas) (Ênfases minhas)

Para os 'meninos', a expectativa era de que fossem 'fortes', grandes, não necessitando de beleza física:

> Dra. Lúcia: Á lá o fêmur... o tamanho do fêmur... [mede].
>
> P: Se for ser do meu tamanho... [Aponta o próprio fêmur, indicando que vai ser alto.] (...)
>
> G: *Tomara que seja menino...* senão não vai conseguir arranjar namorado de jeito nenhum... (...) (Clínica B, matriz, IG: 11 semanas) (Ênfases minhas)

> [A imagem em 3D é esquisita, não parece um rosto.] A gestante comenta: "*Que nariz de batata! Ainda bem que é menino!*" (Clínica A, IG: 33 semanas) (Ênfases minhas)

O ponto a enfatizar é que as imagens ultra-sonográficas de diferentes fetos de mesma idade gestacional não apresentam grandes diferenças, em especial em se tratando de imagens em 2D. Do mesmo modo, o tamanho também varia pouco de um para outro, principalmente nas etapas iniciais da gravidez. Conforme me foi explicado por um informante, a diferenciação de tamanho e

peso se dá de modo mais acentuado no terceiro trimestre, mas mesmo assim – exceto em casos em que há uma patologia fetal ou materna – a variação não é muito grande. Bebês nascidos a termo pesam em torno de 3 kg e medem cerca de 50 cm. Este dado é bem conhecido pelos profissionais. Além de tais particularidades, cabe lembrar que as imagens 2D parecem sombras esfumaçadas, em diferentes tons de cinza, que se sucedem rapidamente na tela. Havia uma brincadeira corrente entre os profissionais da clínica A, quando perdiam o registro de imagens de algum exame por problemas com o computador: diziam, rindo, que precisavam "*contratar uma médica grávida para 'posar'* " nessas eventualidades.

Usualmente, no decorrer da gravidez, cada gestante costuma ver apenas as imagens de seu feto. Em contrapartida, as ultra-sonografias fetais circulam na mídia cotidianamente, havendo, portanto, um relativo conhecimento do público leigo do fato de serem as imagens, todas elas, muito semelhantes. Para o seu entendimento é geralmente necessário que o profissional aponte na tela do monitor – com o dedo ou com o cursor do aparelho – o que está sendo identificado como perna, braço, nariz etc. Conforme vimos, com alguma freqüência, no decorrer da gravidez, a gestante 'aprende a ver', tornando-se assim capaz de identificar algumas imagens de seu feto. O ponto a ser aqui ressaltado é que, a partir da identificação das estruturas, as gestantes considerem imediatamente as imagens como 'fotografias' de seus 'bebês' e as recebam com comentários enternecidos do tipo "*que gracinha!*".

A atribuição de significados tão específicos ao que é visualizado denota, em primeiro lugar, que essa construção é fruto de um processo produzido na relação entre profissionais, gestantes e acompanhantes, mediado pela tecnologia de imagem. O segundo ponto evidenciado pela observação é que, em larga medida, as noções dos atores acerca do 'feminino' e do 'masculino' modelam as interpretações do que os participantes passam, então, a 'ver' na tela do monitor. Em outros termos, há uma imbricação entre representações sociais sobre gênero e a constituição de uma cultura visual bastante específica, construída de modo dinâmico na interação entre os atores do universo etnografado. No mesmo processo de construção dessa cultura visual, da identidade de gênero e da pessoal fetal, é gerada uma linguagem comum, partilhada por profissionais, gestantes e parceiros.

Indivíduos Fetais: sexo, gênero e subjetivação do feto

O ponto a discutir envolve a recepção e a transformação do significado do exame de ultra-som obstétrico: de um meio diagnóstico, produtor de um tipo

de saber médico, para objeto – quase obrigatório, no universo observado – de consumo na gestação, produtor de um saber social capaz de inserir o feto precocemente na sociedade via construção de gênero. O corpo do feto e, mais especificamente, a imagem de sua genitália tornaram-se questões cruciais para as gestantes. O fato de que dificilmente a referência ao sexo fetal estivesse ausente ou fosse recebida de modo indiferente vai ao encontro da afirmação de Foucault:

> (...) a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer 'Para saber quem és, conheças teu sexo'. O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, juntamente com o devir de nossa espécie, nossa 'verdade' de sujeito humano. (Foucault, 1998d: 229)

Uma situação ilustrativa desse aspecto encontra-se na fala de uma menina de cerca de quatro anos, presente ao exame no qual foi revelado que o feto era masculino, o que contrariou frontalmente suas expectativas de ganhar uma irmã. Após ter sido dito que "*O nome dele é Peter*", a criança reagiu furiosa, aos brados, dizendo: "*Ele é NADA! Nem menino nem menina!* Ele é nada! Não é homem nem mulher!" (Ênfase minha). Nesse sentido, a indiferenciação sexual seria o sinônimo de uma 'não-existência', e apenas a partir de uma determinação de sexo passariam a existir indivíduos com direito a um lugar na vida social, tomando-se como referência a sociedade ocidental, na qual indefinições na morfologia sexual e/ou modificações na identidade de gênero são patologizadas – no primeiro caso, sempre, e no segundo, freqüentemente.[7]

Em termos de biopoder, a preocupação com a revelação precoce do sexo do feto pode ser compreendida como correspondendo à ampliação da quantidade de indivíduos – subjetivados – constitutivos da rede de relações que sustenta esse modo de poder, pois é a partir dessa revelação que se torna possível o início da construção de uma identidade de gênero dos novos sujeitos. Nasce não mais *um* bebê, mas *a* Maíra, *o* Mateus, subjetivados e definidos. A nominação como ritual de inserção de novos elementos na sociedade é um fenômeno presente nas mais diversas culturas.[8]

Os novos sujeitos são quase que imediatamente tornados únicos e singulares através da prenominação, da subjetivação e também de um incitamento das gestantes ao consumo de produtos destinados aos futuros bebês. Dialeticamente, ao adquirir objetos para o futuro bebê, a mãe 'modela' o feto e revela quem ela própria é, seguindo a lógica contemporânea de consumo de que 'a pessoa *é* o que ela consome'. O feto é inserido socialmente, não apenas

porque é medicalizado, singularizado, psicologizado, sexuado e nomeado. Sua inclusão social e a construção de sua identidade de gênero passam igualmente pela aquisição de bens de consumo. Em última instância, o novo sujeito – feto-Pessoa – é também um novo consumidor generificado, inserido na rede econômica de trocas.

Na clínica C, foi observada uma particularidade concernente ao acentuado consumo de práticas médicas. Como vimos, sua clientela era distinta das outras duas, sendo composta por uma elite socioeconômica que podia arcar com custos altos de exames sofisticados. O vínculo existente entre a clínica e um centro de reprodução assistida indicava a medicalização, desde uma etapa precoce da vida, que ocorria nesse grupo. O fato de haver um maior número de gestantes acima dos 35 anos – consideradas idosas –, assim como mais gestações múltiplas do que nas outras duas, A e B, fazia com que as gestações consideradas 'de risco', do ponto de vista médico, fossem ali mais freqüentes. Assim, no conjunto, esses fetos pareceram ser mais monitorados do que nas outras clínicas etnografadas; portanto, no tocante à questão do consumo nessa clínica, o concepto era transformado, acima de tudo, em um consumidor medicalizado.

A modalidade de consumo analisada nos capítulos anteriores, envolvendo a imagem fetal, propicia ou reforça, por meio da produção do prazer de ver, a construção social do feto como 'paciente'. Conforme vimos, a recepção e a transformação do significado do ultra-som obstétrico, de um meio diagnóstico, produtor de um tipo de saber médico, para objeto – quase obrigatório, no universo etnografado – de consumo e também lazer, faz das gestantes aliadas ativas no processo de ampliação do monitoramento da gravidez. Desse modo, é possível pensar em uma complementaridade das duas formas de consumo, tendo como resultante a produção de uma pessoa fetal ao mesmo tempo medicalizada e generificada.

A discussão desenvolvida por Foucault sobre o corpo e a sexualidade, articulada com a teorização de Louis Dumont (1992, 2000) sobre o Individualismo na sociedade ocidental moderna, propicia um aprofundamento da compreensão do material empírico. De acordo com Dumont, "a consciência moderna liga o valor, de maneira predominante, ao indivíduo" (Dumont, 2000: 240). Para este autor, nas sociedades modernas – ocidentais – a ideologia básica, predominante, é o Individualismo. As categorias básicas, coordenadas implícitas do pensamento comum, estariam presentes de maneira não-consciente na sociedade. Este seria exatamente o caso do Valor-Indivíduo, uma instância modeladora abstrata e pregnante na sociedade ocidental contemporânea (Duarte, 1986).

A busca de uma individualização precoce do feto coaduna-se com a ampliação e a radicalização da ideologia individualista moderna, na medida em que a ultra-sonografia, ao permitir a visibilização bem antes do nascimento, possibilita, em um primeiro movimento, percebê-lo como destacado da gestante. Transformá-lo em consumidor e em 'mini' cidadão é apenas um passo a mais na construção de sua identidade – inclusive de gênero – antes do nascimento. Ao mesmo tempo, nesse processo, o feto singularizado e medicalizado é tornado público e pode ser inscrito socialmente como indivíduo. Esse movimento aprofunda-se com a psicologização (Lo Bianco, 1985; Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995), construindo-o como Pessoa moderna. Conforme assinalado por Duarte, o 'psicologismo' ou a 'psicologização'

> (...) tem sido uma das vias mais bem exploradas de conhecimento da nova concepção de Pessoa, pelo motivo óbvio de se constituir ao mesmo tempo no seu mais acabado corolário e na sua mais abstrata ordem de legitimação. (Duarte, 1986: 57)

A individualização do feto parece ser acentuada, em especial, com o exame ultra-sonográfico a partir da 15ª semana, confirmando a 'descoberta' de a qual sexo ele pertence. Nos termos de Thomas Laqueur, é a partir de fins do século XVIII que se cristaliza a noção de que a cada sexo corresponderia um gênero, igualmente preciso, e que haveria diferenças biológicas incomensuráveis entre os dois sexos (Laqueur, 2001). Foucault também historiciza por um outro prisma a preocupação existente na sociedade ocidental quanto ao corpo e à determinação do 'verdadeiro' sexo. Segundo ele, a preocupação com o sexo emerge de forma mais clara, medicalizada, no século XIX, articulada às teorias biológicas da sexualidade e às formas de controle administrativo nos Estados modernos (Foucault, 1984). Em termos dumontianos, a preocupação com a determinação de "um só sexo para cada um" (Foucault, 1982: 2) seria equivalente e caminharia *pari passu* com a expansão e o aprofundamento do Individualismo.[9]

Pode-se também especular sobre a preocupação precoce em definir o sexo fetal, delimitando a identidade de gênero, tendo como pano de fundo as transformações culturais surgidas no bojo das novas tecnologias reprodutivas. As polêmicas envolvendo o *status* de embrião como pessoa, no contexto do debate sobre o aborto, a ressignificação da maternidade e da paternidade, as reconfigurações de representações ocidentais de parentesco, só para citar algumas delas, produziram no último quarto de século um quadro de instabilidade em papéis sociais e nas relações de gênero.[10] A construção do feto como Pessoa antes do nascimento, assim como sua subjetivação, generificada, pode ser

compreendida como uma tentativa de estabilização nesse quadro em que – parafraseando Marx – tudo que é sólido se desmancha no ar.

A insistência na determinação precoce do sexo fetal e a recorrente construção de gênero que ocorrem no campo observado, por outro lado, estão inseridas em um contexto no qual as imagens técnicas em geral – em especial a fotografia, o cinema e a televisão –, ao lado das tecnologias visuais médicas, vêm contribuindo de modo acentuado para a construção de uma cultura visual que se tornou hegemônica, ao longo do século XX, nas sociedades urbanas industrializadas. A imagem técnica encontra-se, como fruto de uma construção histórica, investida na atualidade do *status* de produtora de verdades incontestáveis. O *status* de verdade do qual a imagem técnica está investida torna-se constitutivo do *status* de Pessoa do feto. No exame de ultra-som, sua imagem é apresentada na tela do monitor freqüentemente destacada da gestante e de suas sensações corporais, o que, no universo etnografado, contribui de modo relevante para reforçar a noção do concepto como um indivíduo destacado, subjetivado, medicalizado, sexuado e generificado: em suma, uma 'Pessoa moderna'.

Notas

1 Neste capítulo, optei por ajuntar às vinhetas a informação acerca da idade gestacional do feto, por ser relevante, para o tema tratado, o momento no qual é possível obter-se – visualmente – a certeza do sexo fetal.

2 Cerclagem é um procedimento que consiste em suturar o colo do útero para evitar abortamento ou parto prematuro, permitindo que a gestação chegue à 40ª semana.

3 Um comportamento compatível com o processo de contenção das emoções, compreendido e descrito por Elias (1994), como parte do 'processo civilizador'.

4 Disponível em:<www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 4 fev. 2006.

5 A rigor, a segunda alternativa pensada pelo casal também não existiria, pois 'Júnior' é o equivalente exato de 'Filho', no sobrenome.

6 Por 'movimentos' refiro-me a mudanças na posição corporal do feto. 'Atividade' refere-se a outros aspectos evidenciados no exame, tais como fluxo sangüíneo, movimentos respiratórios ou batimentos cardíacos.

7 Para uma comparação com outras alternativas de integração social, ver o interessante artigo de Serena Nanda sobre os *hijras*, na Índia (Nanda, 1993). Ver também Geertz (2003). Sobre a mesma questão, de um ponto de vista histórico, ver Laqueur (2001).

8 Para uma comparação com outros rituais de inserção do bebê na sociedade, em uma reinterpretação crítica sobre a *couvade*, ver Rival (1998).

9 A existência de dois sexos biológicos tem sido problematizada por alguns outros estudiosos por diversas perspectivas. Ver Laqueur (2001) sobre a construção histórica das diferenças sexuais; Herdt (1993) para um estudo histórico e antropológico sobre o assunto; e Findlay (1995) para uma revisão sobre esse tema na literatura feminista. Para uma visão construtivista radical, ver Butler (1999).

10 Numerosos autores no mundo todo têm se dedicado ao tema, pelas mais variadas vertentes. Pelo prisma antropológico, no Brasil, eu destacaria as contribuições de Leal & Lewgoy (1995), Luna (2001, 2002a, 2002b, 2004), Novaes & Salem (1995), Ramírez-Gálvez (2003) e Salem (1997), dentre outros.

Considerações Finais

"Meio Quilo de Gente" ou Ilusões do 'Visível'

A partir da pergunta inicial de como e por que uma tecnologia de imagem médica teria adquirido sentidos tão diversos de sua proposta original, penso ser possível neste ponto alinhavar algumas respostas e, vinculadas ou não a elas, outras tantas perguntas.

A construção da ultra-sonografia obstétrica como objeto de consumo, apreciação e desejo é um fenômeno superdeterminado. Diversas histórias entrelaçadas possibilitam estabelecer a compreensão do problema, lançando luz sobre a questão por ângulos diferentes, dentro de uma outra história que encompassa e modela aquelas que são 'setorizadas'.

O que considero aqui como a 'grande' história seria a da modificação das formas de relações de poder, com a consolidação de um regime de monitoramento e vigilância dentro dos moldes do panóptico, uma estratégia sem sujeito que engendra um modo peculiar de os seres humanos lidarem com variados aspectos da vida, com ênfase especial no papel da visualidade nesse *constructo*. Em outras palavras, o fenômeno da expansão e transformação do ultra-som obstétrico pode ser compreendido em termos biopolíticos: por meio de escrutínio e monitoramento visual, mediado pela tecnologia de imagem médica, produzem-se socialmente, ao mesmo tempo, novos corpos, percepções e sensibilidades. Em suma, é produzida uma nova corporalidade, constantemente reconfigurada, na qual o corpo ocupa uma posição central.

Nesse panorama mais amplo e, de certo modo, inacessível à pesquisa empírica – por se tratar de um esquema geral teórico que, mesmo capaz de produzir inteligibilidade para diversas questões de outro modo incompreensíveis, permanece intangível – tecem-se outras histórias mais passíveis de apreensão.

A primeira delas é a de como foram construídos, no Ocidente, o olhar e o observador modernos e, conseqüentemente, a cultura visual na qual nos encontramos imersos. Uma segunda diz respeito à construção social do corpo, com ênfase na visualização do seu interior e na gradual neutralização do horror pela sua visão, até chegarmos à busca ativa e ao prazer produzido em torno das imagens fetais. Uma terceira história consiste nas formas de representação do corpo e no desenvolvimento de tecnologias visuais, concomitante à valorização da 'objetividade' dessas representações. A quarta história é a de como a gravidez foi transformada em um assunto médico e o feto tornou-se objeto de atenção médica e social.

Nessas diferentes histórias e nos seus entrelaçamentos, focalizei a parte teórica do livro, considerando que cada uma delas contém continuidades e rupturas. Ao lado do fato de não ser historiadora e de que, portanto, não pretendi escrever um livro de História, enfatizaria aqui que não pretendo afirmar que sejam apenas *estas* as histórias envolvidas na produção do fenômeno que me dispus a esclarecer. Existe mais uma, por exemplo, que não abordei diretamente, concernente à construção da Pessoa moderna, que se encontra imbricada em todas as outras.

Conforme vimos, ao longo do século XIX, a visão foi reconceitualizada como um fato do corpo, fisiológico, imbuída de um sentido de opacidade e temporalidade até então inexistentes na construção cultural da visão, o que representa uma descontinuidade em relação à noção vigente até aquele período. Dentro do paradigma em vigor até o século XIX, a visão era tomada como algo abstrato, incorpóreo, equivalente à razão desprendida do observador cartesiano. A invenção dos raios X no final desse século, em 1895, ao gerar um 'corpo transparente', produz uma nova ruptura que se dá por duas vertentes: tanto ocorre no sentido da visualidade, possibilitando visibilizar o interior dos corpos sem abri-los, como constrói socialmente um corpo diferente do que existia anteriormente.

Conjuntamente e entrelaçado nesse movimento, existe no Ocidente um processo de construção da idéia de 'Ciência' como produtora valorizada de saberes, de transformação da medicina em um saber 'científico' e de delegação social à biomedicina – como geradora de conhecimentos e normas acerca da vida humana – do controle dos mais variados aspectos e etapas da vida. O corpo reconfigurado deve ser passível de escrutínio nos menores detalhes, no mesmo processo em que a visão adquire um novo *status* no tocante à produção de conhecimento médico sobre o corpo vivo e sobre a doença. É dentro desse movimento e dessa lógica de transformação que são engendradas as condições favoráveis à pesquisa e à invenção de diversas tecnologias de imagem médica.

Com a ampliação do escrutínio, o corpo é também fragmentado infinitamente. Vale frisar ainda que tal processo não se dá de modo unidirecional, e sim dissolvido e entranhado na rede de relações de poder entre os sujeitos, produtores ativos e incessantes de novas formas e significados desse escrutínio e dessa vigilância.

A longa história de busca de visualização do interior do corpo, a partir da instauração do paradigma anatômico, com Vesálio, quando o próprio corpo desloca os textos e é instituído como fonte direta de pesquisa e conhecimento – ou, se quisermos, como um novo tipo de texto em si –, contém intrinsecamente uma história de neutralização do horror de visualização das entranhas. A gradual modificação das sensibilidades no tocante à visão direta do interior do corpo encontra-se estreitamente vinculada à mudança de significados existente nessa busca de visualização (Chazan, 2005).

De um modo ou de outro, abrir corpos sempre esteve ligado a uma procura de conhecimento. Quando, ainda na Idade Média, essa prática visava à busca de sinais de santidade ou de pecado – sinais espirituais, portanto –, e passou a ser sancionada a abertura de cadáveres para autópsias em casos de envenenamento, constituiu-se a idéia de uma investigação da *causa mortis* dentro do próprio corpo. Abriu-se nesse momento um caminho que propiciaria o surgimento do modo de conhecimento anatômico do qual Vesálio tornou-se o grande expoente (Carlino, 1999; Park, 1994).

A noção de que o conhecimento acerca do corpo pode ser encontrado no seu próprio interior é um dos fatores de atenuação do horror, no contexto do Renascimento entendido como um período em que a busca do saber começa lentamente a se desvincular da Igreja como única produtora de verdades e normas. Nesse movimento de secularização do conhecimento – referido freqüentemente como 'Revolução Científica' –, a atividade investigativa transforma-se em uma atividade moral e socialmente valorizada.[1]

Essa modificação e, principalmente, a valorização moral da busca de saber incidem nas sensibilidades e passam a sancionar – ou, ao menos, a tornar socialmente toleráveis – práticas anteriormente consideradas inaceitáveis. Entendendo tal transformação como inscrita no processo de mudança de formas de exercício de poder, do poder punitivo para o disciplinar – com o conhecimento do corpo morto visando propiciar saberes sobre o corpo vivo e, especialmente, produzindo novas formas de gerenciamento da vida –, torna-se compreensível que gradualmente o interior do corpo deixe de provocar horror e passe a ser objeto de fascínio. Por este prisma, o processo de transformação do olhar médico, que desembocou na transformação em olhar anátomo-clínico, parece estar em continuidade com uma modificação gradual do significado cultural da

abertura de corpos, não implicando necessariamente uma mudança qualitativa ou uma ruptura, conforme sustentado por Foucault (1998a). A ruptura, a meu ver, pode ser encontrada na construção social da *doença* que, em vez de um 'mandamento divino' vindo de fora, passa a ser compreendida como um fato inerente ao próprio corpo e à vida.

A visualização do interior do corpo como espetáculo, conforme sublinham diversos autores, tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XVI (Carlino, 1999; Ferrari, 1987; Harcourt, 1987; Sawday, 1996). Nesse sentido, o ultra-som como 'espetáculo' alinha-se com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo no Ocidente.

Partindo da análise perspicaz proposta por Harcourt (1987) – argumentando que as pranchas anatômicas da *De humani corpori fabrica libri septem*, de Vesálio, plenas de ilustrações de corpos dissecados exibidos em poses clássicas, continham implícitos tanto um projeto pedagógico como uma estratégia didática –, sustento aqui a existência de uma analogia e uma continuidade entre esta estetização e, sobretudo, estilização, e a instituição gradual do fascínio pelas imagens fetais. Nesse processo, os profissionais do ultra-som obstétrico desempenhariam um papel pedagógico significativo 'roteirizando', decodificando e subjetivando – em suma, estetizando – as imagens para os 'espectadores' presentes ao exame e, especialmente, gerando uma 'socialização visual'.

Entretanto, existe uma ruptura marcante referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento, inaugurada com a invenção dos raios X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los. A mudança qualitativa evidencia-se no *modo* de acesso ao interior dos órgãos abdominais, torácicos, músculos, cérebro etc., que ocorre com a invenção de Roentgen: pela primeira vez, para 'ver dentro' não é mais necessário destruir os corpos nem obrigatoriamente introduzir dispositivos pelos orifícios naturais. Com o ultra-som, os ventres anteriormente opacos das mulheres grávidas tornam-se 'visíveis' e 'transparentes', e a existência do feto pode ser testemunhada visualmente por todos, antes mesmo que a gestante se dê conta sensorialmente de sua presença.

A vinculação entre ciência e espetáculo não é exatamente uma novidade, assim como a transformação de diversos artefatos inicialmente inventados com o propósito de pesquisa em objetos lúdicos, conforme vimos no capítulo 1. O que existe de peculiar na questão da ultra-sonografia obstétrica é que – ao menos na proporção atingida pelo fenômeno, na atualidade – até então nenhum exame médico havia se constituído como objeto popular de desejo e consumo e, menos ainda, como um dispositivo de lazer. Para ser mais exata, existiu algo similar em termos de consumo, embora em menor proporção, envolvendo exames

radiográficos de tórax, na época das grandes campanhas de escaneamento torácico, nos anos 1940-50, nos Estados Unidos. Mulheres faziam-se radiografar e compunham essas radiografias com fotos autografadas, com dedicatórias para dar aos pretendentes (Cartwright, 1995). A semelhança entre este tipo de consumo e o ultra-som obstétrico inclui o sentido implícito de monitoramento e vigilância da saúde dos sujeitos. Contudo, em termos de lazer, desconheço alguém que tenha sido convidado para assistir, como um 'programa em casa', a uma sessão de vídeo do cateterismo cardíaco, da cintilografia cardíaca ou da colonoscopia de um parente ou amigo.

A transformação de aparatos científicos em produtos de consumo detém um papel relevante na divulgação e na popularização dos conhecimentos científicos. Do mesmo modo que os dispositivos óticos do século XIX desempenharam uma função significativa na constituição de um novo tipo de atenção visual, a transformação da ultra-sonografia obstétrica em produto de consumo contribui de maneira marcante para a construção de uma socialização visual e médica da gravidez. Esse processo implica uma reconfiguração da construção social da própria gestação, mudança que acontece articulada a uma transformação mais geral na medicina.

Em meados do século XX, ocorre uma modificação no modelo médico no Ocidente, ao ser introduzido um novo paradigma que leva em conta a 'totalidade' do doente – em outros termos, seu ser 'biopsicossocial'. Na obstetrícia, essa mudança corresponde a um processo de reforma da profissão vinculada aos movimentos em favor do parto natural que, em sua maioria 'pilotados' por médicos, conjugam-se às demandas do movimento da contracultura. Origina-se daí uma proposta que se torna conhecida por 'humanização' do parto (Salem, 1987). Nessa nova proposta, ao mesmo tempo que existe, de fato, uma atenuação da intervenção dura do modelo obstétrico anterior, ampliam-se o monitoramento e a vigilância sobre a mulher, a gravidez e o parto, que passam a ser escrutinados, acompanhados, avaliados e, sobretudo, normatizados nos menores detalhes – abrangendo desde as relações familiares da gestante até seus processos bioquímicos intracelulares. Mais ainda, com a biologia molecular, a gravidez antes mesmo de acontecer já é objeto de avaliação e normatização, quando não – com a emergência das novas tecnologias reprodutivas – de consumo mesmo.

Seria, contudo, ingênuo supor que todo esse movimento corresponderia a uma gigantesca maquinação maquiavélica. A produção da 'necessidade' de monitoramento encontra-se vinculada à construção de uma 'cultura do risco', partilhada por todos, cujo objetivo final seria, acima de tudo, uma "medicina sem surpresas" (Arney, 1982: 175). É, sobretudo, um conjunto de crenças e

valores compartilhados e em constante circulação na cultura. Conjugada a melhorias efetivas para a vida e a saúde dos sujeitos concretos – proporcionadas pela mais variada gama de dispositivos tecnológicos e diagnósticos –, é gerada também uma ilusão de controle e saber totais sobre os fenômenos da vida e, por conseguinte, também da morte.

A ampliação da vigilância, nesses moldes, encontra-se inscrita em um contexto mais amplo em que a visualidade passou a preponderar e no qual a imagem técnica adquiriu credibilidade como produtora de verdades indiscutíveis, um *constructo* que, conforme vimos, tem suas raízes firmemente plantadas no século XIX. Esta noção é consolidada, do ponto de vista cultural, com a valorização da 'objetividade' nas representações do corpo, em conjunto com a invenção de dispositivos tecnológicos que, a começar pela fotografia, aparentemente 'eliminam' a intermediação do artista ilustrador. A rigor, sabe-se que as coisas não se passaram exatamente assim, e que as primeiras imagens fotográficas do interior do corpo com propósitos médicos eram incompreensíveis, necessitando ou de um desenhista que destacasse determinadas estruturas, ou de alguém que fosse capaz de decodificar as imagens. Em suma, desde o nascedouro, a imagem técnica utilizada para fins médicos é objeto de debates no que se refere ao eixo subjetividade/objetividade, conforme mostraram Daston & Galison (1992) e Kemp (1998). Ainda assim, ao longo do século XX, com a multiplicação de tecnologias de imagem, médicas e não-médicas, passou a prevalecer, na cultura ocidental urbana e industrializada, o que considero um mito: o da 'objetividade' da imagem técnica.

Esse mito se estabelece e passa a preponderar porque vem ao encontro da forma disciplinar de exercício de poder, cuja síntese seria o panóptico. Se a imagem técnica *é* 'objetiva', expressão *da* 'verdade', o escrutínio visual dos corpos por meio de tecnologias, buscado pelos atores sociais, é instituído como uma forma eficaz de controle, na medida em que traz a 'verdade' dos corpos e das doenças para a superfície, em imagens externalizadas tecnologicamente.

Essas foram algumas das hipóteses levantadas com base na investigação teórica, com o intuito de tornar inteligível como havia se constituído o fenômeno da ultra-sonografia obstétrica como objeto de apreciação, consumo e desejo. A pesquisa empírica visou captar de que modo – e principalmente *se* – essas hipóteses correspondiam às práticas e aos discursos de sujeitos concretos.

O trabalho de campo evidenciou as diversas maneiras pelas quais os diferentes aspectos levantados na investigação teórica são construídos, em especial no tocante à ‘produção’ de novos seres por meio de uma tecnologia visual. Um dos pontos focalizados na etnografia consistiu no modo como os atores sociais engendravam todo o tempo esse tipo de cultura visual em torno da gravidez.

No universo observado, a interatividade presente no decorrer dos exames responde por boa parte da ampliação do monitoramento e do escrutínio. É na interação entre gestantes, profissionais e acompanhantes que os médicos ‘ensinam’ as gestantes a ver, nas sombras cinzentas esfumaçadas, os seus ‘bebês’ subjetivados, generificados, ativos e, sobretudo, ‘interativos’, com quem ‘conversam’, a quem dão ordens. Incidentalmente, o próprio fato de as imagens serem esfumaçadas e indistintas propicia em grande parte que se veja nelas exatamente o que se desejaria ver, como nas nuvens. É, sobretudo, nessa interação que é produzida a pedra de toque de toda uma engrenagem no que tange ao presente estudo. A pedra de toque a que me refiro é o *prazer de ver* as imagens fetais. Ao ser produzido este prazer, é alavancado o consumo dessas estranhas imagens: o novo ente é ‘apresentado’ à família por meio da exibição doméstica de vídeos, constroem-se ‘verdades’ médicas e não-médicas acerca da gestação e do feto, e este se torna parte de um espetáculo.

O prazer de ver, considerado dentro de um quadro cultural de hegemonia da visualidade, é o elemento central que matiza e intermedeia o monitoramento e a vigilância que marcam o novo modelo ecológico da obstetrícia desde o final da Segunda Guerra Mundial. A consolidação do prazer de ver evidencia a existência de um processo ocorrendo em uma via de mão dupla. As gestantes observadas, em sua grande maioria, submetem-se prazerosamente aos exames ultra-sonográficos ou buscam ativamente obter imagens fetais, um elemento essencial para a acentuação ou mesmo para a produção da gravidez como um assunto médico, no qual a tecnologia de imagem desempenha um papel importante dentro da lógica de monitoramento e vigilância.

Nesse novo modelo, as minúcias são essenciais para a composição de um quadro ‘integral’ de acompanhamento da gestação. O escrutínio ampliado é perceptível nos mais variados aspectos como, por exemplo, na mudança no modo de contagem do tempo gestacional em ‘meses’ para a contagem em ‘semanas’, na multiplicação de exames de bioquímica sangüínea que permitem a detecção cada vez mais precoce de anomalias fetais, e tem como síntese paradigmática o ultra-som obstétrico.

No bojo dessa situação, é construída uma socialização visual que se transforma em uma linguagem comum para os atores do universo observado.

A rigor, não é apenas no grupo etnografado que se encontra em curso a construção de uma nova cultura visual, envolvendo *também* a imagem técnica médica. Volto a ressaltar que esse processo encontra-se inscrito em outro, mais amplo, no qual a visualidade gradualmente é instituída e reforçada como uma forma privilegiada de produção de conhecimento. Contudo, o aspecto a que me refiro aqui é um tanto mais específico e diz respeito ao fato observado, durante a pesquisa, de que as crianças presentes aos exames, com idades a partir de cerca de quatro anos, tinham mais facilidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas do que os adultos leigos.

Como foi dito ao final da Apresentação, a encruzilhada em que me coloquei como pesquisadora trouxe algumas respostas e um número maior de indagações. Uma das tantas perguntas surgidas no decorrer da investigação, e que mereceria aprofundamento, é *como* as crianças – socializadas visualmente com computadores, *videogames* e TVs apresentando *Big Brother* – '*vêem*', nos dias atuais.[2] Seguramente estão sendo construídos não apenas novos códigos de visualidade de toda uma seqüência de gerações – um dos pontos interessantes a pesquisar – mas também novos sentidos atribuídos ao ato de olhar. Ainda nessa linha de investigação sobre construções do olhar, um aspecto a estudar seria como se passa o processo de aprendizado dos ultra-sonografistas de distinção entre os diferentes tons de cinza e o de sua decodificação. Outra vertente a explorar, partindo do mesmo ponto mas seguindo um caminho diverso, seria o dos rearranjos nas noções de privacidade e intimidade, que articula as reconfigurações do olhar e as da construção social do corpo.

No caso particular do ultra-som, a questão do olhar apresenta certas peculiaridades no que concerne à tensão objetividade/subjetividade. Apesar de culturalmente ter-se solidificado a idéia da imagem técnica como 'objetiva' por excelência, as imagens fetais colocam em pauta diversos aspectos relativos ao interjogo entre subjetividade e objetividade do e no olhar. No universo observado, o problema esteve presente todo o tempo: sem o olhar treinado do especialista, ou seja, de sua subjetividade atuante na decodificação e na interpretação das imagens, dificilmente se compreende o que se vê. Ao mesmo tempo, é claro que o ponto de partida de todo o processo reside na existência *objetiva* de um embrião ou feto, além do que determinados parâmetros evidenciados pelo exame são mesmo codificados objetivamente pela aparelhagem, como é o caso da freqüência cardíaca fetal e das medidas anatômicas, entre outros. A atividade discursiva em torno das imagens e parâmetros fetais, contudo, era francamente modelada pelos mais variados valores subjetivos dos atores presentes ao exame: tanto os profissionais quanto as gestantes e acompanhantes engajavam-se ativamente na produção das 'verdades' mais inusitadas acerca do feto, entrelaçadas com as avaliações e

as normatizações objetivas fornecidas pelo aparelho, eventualmente em uma mesma frase deslizando de um pólo a outro.

Se, por um lado, passa a existir uma relativa 'dessubjetivação' da vivência da gravidez pela gestante, com a imagem fetal externalizada tornada pública e, conseqüentemente, sendo compartilhada com diversas pessoas, por outro lado as imagens da tela são incessantemente 'subjetivadas' pelos atores presentes ao exame. O feto é transformado em um ser 'destacado' da grávida, como se tivesse uma vida independente. Há uma ênfase e uma valorização acentuadas na avaliação dos parâmetros físicos, que se encontram inscritas no – e são modeladas pelo – fenômeno mais amplo da 'cultura do corpo', na qual o valor máximo consiste na 'perfeição' corporal, dentro de certas normas culturalmente compartilhadas.

Quase como um contraponto ao fenômeno de psicologização do feto, pesquisado na década de 1980, no Rio de Janeiro, existe na atualidade o que designo de uma 'fisicalização' do feto, fundamentalmente dependente de sua visibilização mediada pela tecnologia de ultra-som. Possivelmente essa mudança na percepção acerca do feto vincula-se em parte à retração do que, nos anos 1980, foi descrito como 'cultura da psicanálise', à época largamente difundida nas camadas médias intelectualizadas da população. Da hegemonia da 'cultura da psicanálise', interiorizada, passou-se para a hegemonia de uma 'cultura visual', externalizada e virtual, associada ao 'culto ao corpo', e as percepções e sensibilidades contemporâneas acerca do feto parecem ser modeladas de acordo com tais codificações.

Durante a gestação, cada grávida se habitua às imagens de seu feto. Entretanto, verifica-se a difusão pela mídia de imagens fetais com uma vasta multiplicidade de objetivos, da venda de carros a seguro-saúde, anúncio de programas de TV etc., o que propicia uma certa familiaridade, generalizada, com as imagens fetais. O ponto a ser frisado é que, a rigor, essas imagens são todas muito parecidas entre si e os atores têm relativo conhecimento disto, os profissionais em especial. Mesmo assim, à medida que transcorre a gravidez, não apenas as gestantes, orientadas pelos profissionais, 'aprendem a ver' as imagens projetadas na tela do monitor do aparelho de ultra-som, como vêem nessas mesmas imagens os seus 'bebês' singulares, tecendo comentários como "*é a tua cara!*", "*o nariz é igualzinho ao do pai*" e outros no gênero.

Todos os atores presentes ao exame encontram-se firmemente empenhados na produção de uma nova cultura visual, mesmo que as motivações de uns e de outros – médicos, gestantes e acompanhantes – possam diferir radicalmente, conforme a etnografia evidenciou. A construção desse tipo de cultura tem como resultado final uma naturalização do escrutínio constante das gestações e dos

fetos por meio do ultra-som, mediada por sentimentos de grávidas que – em uma formulação no mínimo bizarra – declaravam estar "*com* saudades *dele* [feto], *faz tempo que não* vejo *ele* [ou ela]" (ênfases minhas), o que intrinsecamente transformava a realização do exame em uma 'necessidade', do ponto de vista emocional.

Para os profissionais, no tocante ao desenvolvimento e ao apuro da capacidade de 'ver' e, sobretudo, de decodificar as imagens fetais, estão em jogo várias questões. Estas envolvem desde o aperfeiçoamento da proficiência na investigação de vários aspectos diagnósticos possibilitados pelo exame, em conjunto com normatizações da gravidez e do desenvolvimento fetal, até sua credibilidade e renome no meio médico, juntamente com o interesse na formação e na consolidação de uma clientela que lhes permita continuar atuando profissionalmente com sucesso em um mercado crescentemente competitivo.

Para as gestantes, a curiosidade sobre o feto é a motivação principal para que se empenhem em 'aprender a ver'. Para os atores do universo observado, parece ter-se tornado impossível não 'ver' o que se passa dentro do útero, uma atividade que muitas vezes ultrapassa os 'limites' de cerca de quatro ou cinco ultra-sonografias – a média considerada necessária e suficiente para o acompanhamento de uma gestação sem intercorrências. Um informante me revelou que algumas gestantes vão a mais de um obstetra para obterem deles outros pedidos de ultra-sonografias, que lhes permitam marcar mais exames nas clínicas. O exemplo mais emblemático desta situação é o exame solicitado pelas gestantes – com o apoio dos obstetras, que redigem o pedido a ser apresentado por elas nas clínicas de ultra-som – única e exclusivamente para a determinação do sexo fetal.

Para os acompanhantes – os mais variados possíveis –, as motivações também são bastante diversificadas, mas guardam um ponto em comum: a inclusão social do feto, de um ponto de vista relacional, antecipando sua existência para todos como 'neto', 'irmãozinho' ou 'irmãzinha', 'sobrinho', 'afilhado' e outros. A ultra-sonografia obstétrica parece ter-se transformado em uma ocasião-chave dessa inclusão social, mesmo que ainda apenas virtual, por meio das imagens tecnológicas obtidas mediante ultra-som. Nessa perspectiva, o exame pode ser compreendido como uma atividade ritualística modelada por uma cultura eminentemente visual, medicalizada e tecnologizada.

Abordando então o fenômeno da popularização e do consumo de ultra-sonografias obstétricas pelo prisma da produção do prazer e do desejo de ver – uma produção intrinsecamente ligada à construção de uma 'socialização visual' ou à elaboração de uma cultura visual –, a construção social do feto como Pessoa mediada pelo ultra-som apresentou-se, acima de tudo, como um

corolário do processo mais amplo de monitoramento, vigilância e medicalização da gravidez e – diferentemente do que eu pensava ao iniciar a investigação empírica – não como um *fim* em si.

O escrutínio visual torna públicas as diversas etapas do desenvolvimento fetal que anteriormente se passavam no interior do útero de modo inacessível ao olhar. Existem três momentos marcantes que podem ser destacados no *continuum* do processo de transformação do feto em Pessoa, sintetizados de modo bem-humorado nas expressões utilizadas – em geral pelos profissionais – para descrever ou fazer referências ao concepto no decorrer das ultra-sonografias.

O primeiro momento é quando, no exame entre a sexta e a oitava semanas gestacionais, pode-se verificar visualmente a presença e a localização, no útero, do embrião dentro do saco gestacional, eventualmente saudado de maneira festiva com: "*Dois centímetros de bebê!*"

No exame de translucência nucal, entre a 11ª e a 13ª semanas gestacionais, deixa de ser o "*feijãozinho*" ou "*uma massinha branca ali no canto do saco gestacional*" do exame anterior, para ser descrito como "*seu* bebezinho*, com braços e pernas*".

Finalmente, após a determinação – com segurança – do sexo fetal, a partir da 15ª semana, transforma-se em "*ele*" ou "*ela*", com o respectivo prenome e, em torno da vigésima semana, ao atingir a marca dos 500 gramas, pode então ser designado pelo expressivo *"Meio quilo de gente!*"

Sintetizando, o feto é tornado 'humano' ao serem visibilizados 'braços e pernas', mesmo que incipientes, mas só se transforma em 'gente' quando pode receber um prenome que passará a ser utilizado para designá-lo. A curiosidade pervasiva pela determinação do sexo fetal é significativa da importância deste aspecto no processo de singularização, subjetivação e inclusão social do feto. O instante da determinação do sexo cristaliza a transformação do feto em Pessoa. A situação que melhor sintetiza a vinculação de um aspecto a outro é a que foi descrita – com espanto – pelo médico que, ao revelar a uma gestante que seu feto era anencéfalo e que ele não iria sobreviver ao parto, foi inquirido sobre o sexo fetal. Para o médico, um feto anencéfalo era sobretudo um problema, ou um 'caso médico', enquanto a pergunta da gestante denotava seu interesse em saber *quem* era seu feto, mesmo que este fosse morrer logo após o nascimento. A determinação do sexo delimitaria e definiria *que Pessoa* iria morrer. Para o médico, a determinação do sexo fetal seria como que um epifenômeno, diante da constatação da inviabilidade do concepto. Para a gestante, esta era uma questão crucial.

A determinação do sexo fetal reforça a atividade mais freqüentemente observada no campo: a construção de gênero, em conjunto com a subjetivação fetal. Enfatizo que esta determinação apenas 'reforça' porque, a rigor, tanto a construção de gênero quanto a subjetivação generificada do feto pelos atores têm seu início no primeiro exame, muito antes da visualização da genitália formada do feto. Este aspecto foi evidenciado em pesquisas antropológicas no exterior, e no meio observado ocorre de maneira similar àquela que encontrei relatada nessa literatura.

O elemento que, no grupo etnografado, difere acentuadamente do que é descrito na produção antropológica aqui revisada – e também do que alguns informantes verificaram, em estágios fora do país – é o *consumo de imagens fetais* e seus subprodutos: 'fotos', vídeos, DVDs. Em comunicação informal, alguns pesquisadores oriundos de outros países da América Latina referiram fenômeno semelhante em seus locais de origem. Faltam elementos para se fazer uma análise confiável desta situação – merecedora de uma investigação aprofundada –, mas pode-se especular que, nesses locais em que a medicina é um item de luxo do qual apenas as elites podem desfrutar, um exame de alta tecnologia teria se tornado uma espécie de bem distintivo de classe e, assim, objeto de desejo e consumo.

Outra vertente de consumo, sobre a qual eu não havia encontrado referência alguma na literatura, diz respeito à corrida consumista gerada a partir da determinação do sexo fetal, com características bastante singulares. Trata-se de uma mescla insólita de construção de gênero com consumo de bens. Essa construção de gênero é uma produção conjunta, envolvendo valores e crenças preexistentes de profissionais e clientes. A transformação do feto em 'consumidor', generificado por meio de cores e do tipo de brinquedos que passa a ganhar, é também um modo de inclusão social, tornando-o um ser 'participante' da rede econômica de trocas. O mesmo pode ser dito no tocante à sua transformação em 'celebridade', por meio de vídeos ou DVDs exibidos – como se fossem 'documentários' individualizados – para a família e os amigos em sessões domésticas. O feto-Pessoa, generificado, consumidor, além de 'paciente', torna-se um 'astro televisivo' em um espetáculo – literalmente – '*pay-per-view*'.

A espetacularização da gravidez por meio da exacerbação do consumo de ultra-som em si obscurece um aspecto que, na origem, teria sido a *raison d'être* de sua invenção. A detecção intra-uterina de anomalias fetais e a conduta a adotar quando isto ocorre ficam em segundo plano nos discursos e nas práticas do campo observado. Considerando-se, em acréscimo, a proibição legal do aborto no Brasil, o silêncio sobre o tema adquire um sentido que se encontra fortemente entrelaçado com a exacerbação do conceito que passou a

ser difundido e popularizado no meio leigo – o do ultra-som obstétrico muito mais como espetáculo do que como meio diagnóstico.

O ocultamento do tema do aborto, em conjunto com a externalização da gravidez por meio das imagens fetais, propicia a construção de um discurso de conotação nitidamente natalista sobre o 'reforço do vínculo' materno com o feto, por meio de uma antecipação de sua existência social, como se já se tratasse de um bebê nascido – evidenciando, entre outros aspectos, que o pressuposto subjacente é o de que a mulher não disporia de direito de escolha.

Em suma, no que diz respeito à questão do aborto e do direito de escolha, a constituição do ultra-som como 'espetáculo' em um contexto no qual o aborto é ilegal – seja qual for a motivação da mulher para não desejar levar a cabo sua gravidez – equivale à situação de um prestidigitador que entretém sua platéia chamando a atenção sobre suas atividades explícitas enquanto desenvolve outras, ocultas, em paralelo. Reiterando, friso que não considero tratar-se de estratégias intencionais, e sim de um conjunto de fatores que, articulados, produzem um fenômeno superdeterminado. Mais ainda, atribuo o 'sucesso' da ultra-sonografia no meio observado exatamente ao fato de responder e, ao mesmo tempo, reproduzir e ampliar demandas sociais tão diversificadas quanto as que delineei neste livro.

A antecipação da existência social do feto pode ser compreendida tomando-se como pano de fundo a acentuação da ideologia individualista, na qual o indivíduo é erigido como um valor moral – como se o quanto antes os seres se tornassem 'indivíduos', mais investidos desta qualidade moral estariam. Em uma sociedade medicalizada, monitorada, em que vigora a 'cultura do risco' e na qual a visualidade foi socialmente construída como modo privilegiado de obtenção de conhecimento, faz sentido o fato de a inclusão nela de novos sujeitos dar-se marcadamente por meio de uma tecnologia visual médica. Esta, além de propiciar e incitar ao consumo de procedimentos médicos, assim como de bens variados, permite que o processo de produção de novos seres seja transformado em espetáculo, o que por seu turno contribui para a ilusão de que, em se tornando as coisas visíveis, 'tudo se sabe' acerca da vida e que, conseqüentemente, em última instância passaríamos a conhecer e a controlar tudo sobre ela.

Finalizo aqui com uma breve digressão acerca de algo que me sensibilizou em especial ao encerrar a pesquisa, parte pela plasticidade da concepção, parte por justamente remeter à primeira epígrafe do livro. Recentemente tomei conhecimento de algumas conjecturas tecidas por Edgard Duvivier (1916-2001), escultor brasileiro, ao analisar a evolução das esculturas de Michelangelo ao longo de sua obra.[3] Sua análise serve como um contraponto, ou mesmo uma

antítese, ao que eu chamaria 'ilusão do saber visível', na qual nos encontramos culturalmente imersos na atualidade.

De acordo com Duvivier, com o tempo Michelangelo teria desenvolvido um conceito de 'ponto zero' da escultura, que consistiria no fato de, ao desbastar a pedra, o autor sempre deixar um excesso de um a dois centímetros do mármore. Inicialmente, a idéia poderia ter sido a de não ferir a superfície final de acabamento, ou de apresentar mais rapidamente aos clientes o encaminhamento das encomendas que se acumulavam. Duvivier especulava entretanto que, com o decorrer do tempo, Michelangelo teria se apropriado do aspecto 'inacabado' que assim se produzia, como que apaixonando-se pelo mármore, passando a cada vez mais incorporar conceitualmente o excesso da pedra bruta às suas esculturas. Como resultado, elas, de certo modo, teriam que ser parcialmente intuídas pelos que as viam, como se a 'verdadeira' escultura estivesse oculta dentro do mármore, pouco abaixo da superfície. Se esta era ou não a intenção explícita do artista, nunca o saberemos, embora suas últimas esculturas corroborem cabalmente a existência da integração conceitual entre uma parte de mármore quase intacto e as superfícies esculpidas.

Apropriei-me dessas conjecturas como um modo de ilustrar uma posição: a de que o visível, explícito, não esgota o conhecimento, assim colocando-me na contracorrente da idéia circulante de que o que se *vê* é o que se '*sabe*', equivale ao que '*é*'. Lançando mão de uma imagem plástica, viso sobretudo reiterar o ponto de vista de que a complexidade com a qual nos deparamos cotidianamente transcende em muito a qualidade de explicitação visual por meio da tecnologia, sendo ingênuo ater-se a ela como modo último de conhecimento – o que parece ter-se tornado a noção hegemônica na cultura medicalizada na qual estamos imersos desde, no mínimo, fins do século XIX.

Notas

1 Ver Chazan (2005) e, especificamente para Revolução Científica, Henry (1998) e Shapin (1999).

2 Já existem alguns estudos muito interessantes nesse sentido, mas focados na interação com o computador. Ver Johnson (2001, 2005) e Turkle (1984, 1997).

3 Corroboradas por informações e apontamentos gentilmente cedidos por seu filho, Edgard Mendes de Moraes Duvivier.

Referências

ALBERS, J. *Interaction of Color: unabridged text and selected plates*. rev. ed. New Haven, London: Yale University Press, 1975.

ALLEN, N. J. The category of the person: a reading of Mauss's last essay. In: CARRITHERS, Michael et al. (Eds.) *The Category of the Person: anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

ARNEY, W. R. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1982.

BARROS, Manoel de. *Ensaios Fotográficos*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BECKER, H. S. & GEER, B. Participant observation and interviewing: a comparison. In: MANIS, J. G. & MELTZER, B. N. (Eds.) *Symbolic Interaction: a reader in social psychology*. Boston: Allyn & Bacon, 1978.

BEILLEVAIRE, P. & BENSA, A. Mauss dans la tradition durkheimienne: de l'individu à la personne. *Critique*, XL (445-446): 532-541, 1984.

BENJAMIN, W. A obra de arte na era da reprodutibilidade técnica. In: BENJAMIN, W. *Walter Benjamin*. São Paulo: Abril Cultural, 1981. (Coleção Os Pensadores)

BESNARD, P. & DESPLANQUES, G. *Un Prénom pour Toujours : la cote des prénoms hier, aujourd'hui et demain*. Paris: Balland, 1991.

BICK, E. Notes on infant observation in psychoanalytic training. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45: 558-566, 1964.

BIJKER, W. E. The social construction of Bakelite: towards a theory of invention. In: BIJKER, W. E., HUGHES, T. & PINCH, T. J. (Eds.) *The Social Construction of Technological Systems: new directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: MIT Press, 1987. p. 159-187.

BLUME, S. S. *Insight and Industry: on the dynamics of technological change in medicine*. Cambridge, London: The MIT Press, 1992.

BLUME, S. S. Medicine, technology and industry. In: COOTER, R. & PICKSTONE, J. (Eds.) *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. London/ New York: Routledge, 2003.

BONET, O. *Os Médicos da Pessoa: um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional*, 2003. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.361/1992. Dispõe sobre a execução e interpretação de exames ultra-sonográficos entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 14 dez. 1992. Seção 1, p. 17.186.

BROWNER, C. & PRESS, N. The production of authoritative knowledge in American prenatal care. *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (2): 141-156, 1996.

BUTLER, J. Corpos que pesam. In: LOURO, G. L. (Org.) *O Corpo Educado: pedagogia da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, Saber e Ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPBELL, C. *A Ética Romântica e o Espírito do Consumismo Moderno*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CANCLINI, N. G. *Consumidores e Cidadãos: conflitos culturais da globalização*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

CARLINO, A. Tradition: an archeology of anatomical knowledge and of dissecting practices. In: CARLINO, A. *Books of the Body: anatomical ritual and Renaissance learning*. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1999.

CARTWRIGHT, L. *Screening the Body: tracing medicine's visual culture*. London, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.

CHAZAN, L. K. *Fetos, Máquinas e Subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa através da tecnologia de imagem*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CHAZAN, L. K. Câmera obscura, estereoscópio, raios X e outras máquinas: um estudo sobre tecnologias visuais na medicina e a construção da Pessoa contemporânea. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 4, 2001, Curitiba. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa Antropologia da Pessoa: os processos de individualização na cultura contemporânea. (Mimeo.)

CHAZAN, L. K. Movimento, transparência e fragmentação: uma discussão acerca do papel das tecnologias visuais médicas na construção do corpo e da Pessoa contemporâneos. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 23, 2002a, Gramado. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa Pessoa e Corporalidade. (Mimeo.)

CHAZAN, L. K. O corpo transparente: um panóptico invertido? Considerações sobre as tecnologias de imagem na reconfiguração da Pessoa contemporânea. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 26, 2002b, Caxambu. Trabalho apresentado no GT-13 Pessoa e Corpo: novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas. (Mimeo.)

CHAZAN, L. K. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da Pessoa contemporânea. *Physis*, 13 (1): 193-214, 2003.

CHAZAN, L. K. *'Meio Quilo de Gente!' Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro*, 2005. 2 v. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Revista Cadernos de Campo*, 13: 15-32, 2006.

CLIFFORD, J. Trabalho de campo, reciprocidade e elaboração de textos etnográficos: o caso de Maurice Leenhardt. In: CLIFFORD, J. *A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

CONKLIN, B. A. & MORGAN, L. M. Babies, bodies, and the production of personhood in North America and a native Amazonian society. *Ethos*, 24(4): 657-694, 1996.

CORRÊA, M. C. D. V. *A Tecnologia a Serviço de um Sonho: um estudo sobre reprodução assistida*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

CORRÊA, M. C. D. V. *Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

COSTA, R. G. Tecnologias reprodutivas e noções sobre racialização e etnia. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 27, 2003, Caxambu. Trabalho apresentado no GT-13 Pessoa e Corpo: Novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas. (Mimeo.)

CRARY, J. Modernizing vision. In: FOSTER, H. (Ed.) *Vision and Visuality: discussions on contemporary culture* n. 2. New York: The New Press, 1999a.

CRARY, J. *Techniques of the Observer: on vision and modernity in the nineteenth century*. London, Cambridge: MIT Press, 1999b.

CRARY, J. A visão que se desprende: Manet e o observador atento no fim do século XIX. In: CHARNEY, L. & SCHWARTZ, V. (Orgs.) *O Cinema e a Invenção da Vida Moderna*. São Paulo: Cosac & Naify, 2001.

DaMATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter '*Anthropological Blues*'. In: NUNES, E. O. (Org.) *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DASTON, L. & GALISON, P. The image of objectivity. *Representations*, 0(17): 81-128. *Special Issue: Seeing Science*, outono 1992. Disponível em: <www.jstor.org/journals/ ucal.html>. Acesso em: 3 jul. 2003.

DOWNEY, G. L. *The Machine in Me: an anthropologist sits among computer engineers*. New York, London: Routledge, 1998.

DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, 1997.

DUARTE, L. F. D. Três ensaios sobre pessoa e modernidade. *Boletim do Museu Nacional*, 41: 1-69, 1983.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ CNPq, 1986.

DUARTE, L. F. D. Formação e ensino na antropologia social: os dilemas da universalização romântica. In: OLIVEIRA, J. P. (Org.) *O Ensino da Antropologia no Brasil: temas para uma discussão*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia (ABA), 1995.

DUARTE, L. F. D. & GIUMBELLI, E. A. As concepções cristã e moderna da pessoa: paradoxos de uma continuidade. *Anuário Antropológico 93*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

DUARTE, L. F. D. & VENÂNCIO, A. T. O espírito e a pulsão: o dilema físico-moral nas teorias da pessoa e da cultura de W. Wundt. *Mana*, 1(1): 69-106, 1995.

DUDEN, B. *Disembodying Women: perspectives on pregnancy and the unborn*. Cambridge, London: Harvard University Press, 1993.

DUMIT, J. A digital image of the category of the person. In: DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, 1997.

DUMIT, J. *Picturing Personhood: brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

DUMIT, J. & DAVIS-FLOYD, R. Cyborg babies: children of the third millennium. In: DUMIT, J. & DAVIS-FLOYD, R. *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York, London: Routledge, 1998.

DUMONT, L. *Homo hierachicus: o sistema de castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp, 1992.

DUMONT, L. O valor nos modernos e nos outros. In: DUMONT, L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ELIAS, N. Uma história dos costumes. In: ELIAS, N. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 1.

FELLOUS, M. *La Première Image: enquête sur l'échographie obstétricale*. Paris: Éditions Nathan, 1991.

FERRARI, G. Public anatomy lessons and the Carnival: the anatomy theatre of Bologna. *Past and Present*, 0(117): 50-116. 1987. Disponível em: <www.jstor.org/journals/oup.html>. Acesso em: 20 jun. 2003.

FINDLAY, D. Discovering sex: medical science, feminism and intersexuality. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 32(1): 25-52, 1995.

FORTES, M. On the concept of the person among the Tallensi. In: FORTES, M. *La Notion de Personne en Afrique Noire*. Paris: CNRS, 1973.

FOUCAULT, M. *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

FOUCAULT, M. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

FOUCAULT, M. A vontade de saber. In: FOUCAULT, M. *História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v. 1.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998a.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998b.

FOUCAULT, M. A política de saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998c.

FOUCAULT, M. O olho do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998d.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRANKLIN, S. Deconstructing 'desperateness': the social construction of infertility in popular representations of new reproductive technologies. In: McNEIL, M.; VARCOE, I. & YEARLEY, S. (Eds.) *The New Reproductive Technologies*. New York: St. Martin's Press, 1990.

GEERTZ, C. 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. In: SHWEDER, R. (Ed.) *A Culture Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

GEERTZ, C. Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, C. O senso comum como um sistema cultural. In: GEERTZ, C. *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GEORGES, E. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2): 157-175, 1996.

GOETHE, J. W. *Doutrina das Cores*. São Paulo: Nova Alexandria, 1993.

GONÇALVES, I. L. *Cortes e Costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

HARAWAY, D. A cyborg manifesto: science, technology, and socialist-feminism in the late twentieth century. In: HARAWAY, D. *Simians, Cyborgs, and Women: the reinvention of nature*. New York: Routledge, 1991.

HARCOURT, G. Andreas Vesalius and the anatomy of antique sculpture. *Representations*, 0(17): 28-61, special issue, Winter 1987. Disponível em: <www.jstor.org/journals/ ucal.html>. Acesso em: 3 jul. 2003.

HENRY, J. *A Revolução Científica e as Origens da Ciência Moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

HERDT, G. (Ed.) *Third Sex, Third Gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books, 1993.

HERIOT, M. J. Fetal rights *versus* the female body: contested domains. *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (2): 176-194, 1996.

JOHNSON, S. *A Cultura da Interface: como o computador transforma nossa maneira de criar e comunicar*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

JOHNSON, S. *Everything Bad is Good for You: how today's popular culture is actually making us smarter*. New York: Riverhead Books, 2005.

JORDAN, B. *Birth in Four Cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press, 1993 [1978].

KEMP, M. 'A perfect and faithful record': mind and body in medical photography before 1900. In: THOMAS, A. (Ed.) *Beauty of Another Order: photography in science*. New Haven/London: Yale University Press, 1998.

KEMP, M. Womb with a view? All is not as it seems in a television programme on the life of a fetus. *Nature*, 435: 147, 2005.

LA FONTAINE, J. S. Person and individual: some anthropological reflections. In: CARRITHERS, Michael et al. (Eds.) *The Category of the Person: anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 123-140.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, B. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LATOUR, B. & WOOLGAR, S. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LEAL, O. F. & LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LUNA, N. L. de A. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Revista Estudos Feministas*, 9(2): 389-413, 2001.

LUNA, N. L. de A. As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza. *Revista Gênero*, 3(1): 83-100, 2002a.

LUNA, N. L. de A. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cadernos Pagu*, 19: 233-278, 2002b.

LUNA, N. L. de A. *Provetas e Clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARTIN-BARBERO, Jesús. *Dos Meios às Mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2003.

MARTIN, E. *The Woman in the Body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press, 1992.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu' [1938]. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/ Edusp, 1974. v. 1.

MENEZES, R. A. *Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MENEZES, R. A. Profissionais de saúde e a morte: emoções e forma de gestão. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 5, 2003, Florianópolis. Trabalho apresentado no GT Antropologia da Emoção. (Mimeo.)

MENEZES, R. A. *Em busca da "boa morte": uma investigação socioantropológica sobre cuidados paliativos*, 2004a. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MENEZES, R. A. *Em Busca da Boa Morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/Editora Fiocruz, 2004b.

MILLER, D. *Teoria das Compras: o que orienta as escolhas dos consumidores*. São Paulo: Nobel, 2002.

MITCHELL, L. M. The routinization of the other: ultrasound, women and the fetus. In: BASEN, G.; EICHLER, M. & LIPPMAN, A. (Eds.) *Misconceptions: the social construct of choice and the new reproductive and genetic technologies*. Ontario, Canada: Voyageur Publishing, 1994. v. 2.

MITCHELL, L. M. & GEORGES, E. Baby's first picture: the cyborg fetus of ultrasound imaging. In: DAVIS-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York/ London: Routledge, 1998.

MONTEIRO, R. H. *Videografias do Coração: um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco*, 2001. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas.

NANDA, S. Hijras: an alternative sex and gender role in India. In: HERDT, G. (Ed.) *Third Sex, Third Gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books, 1993.

NOVAES, S. & SALEM, T. Recontextualizando o embrião. *Revista Estudos Feministas*, 3 (1): 65-88, 1995.

PANOFSKY, E. *A Perspectiva como Forma Simbólica*. Lisboa: Edições 70, 1999.

PARKER, R. *Corpos, Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.

PARK, Katherine. The criminal and the saintly body: autopsy and dissection in Renaissance Italy. *Renaissance Quarterly*, 47 (1): 1-33, primavera 1994. Disponível em: <www.jtor.org/journals/rsa.html>. Acesso em: 16 jul. 2003.

PEREIRA, O. P. *Homo photographicus*: das imagens do mundo ao mundo das imagens. In: VEIGA, G.; DANTAS, J. M. & PEREIRA, O. P. *A Margem: coletânea de textos na margem da filosofia*. Brasília: Thesaurus, 1999.

PETCHESKY, R. P. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. In: STANWORTH, M. (Ed.) *Reproductive Technologies: gender, motherhood and medicine*. Cambridge/ Minneapolis: Polity Press/ University of Minnesota, 1987.

PIONTELLI, A. Infant observation from before birth. *The International Journal of Psychoanalysis*, 68(4): 453-464, 1987.

PIONTELLI, A. Pre-natal life and birth as reflected in the analysis of a 2-year-old psychotic girl. *International Review of Psycho-Analysis*, 15(1): 73-82, 1988.

PIONTELLI, A. A study on twins before and after birth. *International Review of Psycho-Analysis*, 16(4): 413-426, 1989.

PIONTELLI, A. *From Fetus to Child: an observational and psychoanalytic study*. New York: Routledge, 1992.

PIONTELLI, A. Kin recognition and early precursors of attachment as seen in the analysis of a young psychotic adopted boy. *Journal of Child Psychotherapy*, 21(1): 5-22, 1995.

PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity*. New York, London: W. W. Norton & Company, 1997.

PRATT, M. L. Fieldwork in common places. In: CLIFFORD, J. & MARCUS, G. (Eds.) *Writing Culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, London: University of California Press, 1986.

PRICE, F. V. The management of uncertainty in obstetric practice: ultrasonography, *in vitro* fertilization and embryo transfer. In: McNEIL, M.; VARCOE, I. & YEARLEY, S. (Eds.) *The New Reproductive Technologies*. New York: St. Martin's Press, 1990.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. C. *Os Impasses do Corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário*, 1999. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. C. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*, 2003. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

RAPP, R. Real-time fetus: the role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In: DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, 1997.

RAPP, R. Refusing prenatal diagnosis: the uneven meanings of bioscience in a multicultural world. In: DAVIS-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York, London: Routledge, 1998.

RAPP, R. *Testing Women, Testing the Fetus: the social impact of amniocentesis in America*. New York, London: Routledge, 1999.

RIVAL, L. Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvade. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 4(4): 619-642, 1998.

ROJO, L. F. *Os Diversos Tons do Branco: relações de amizade entre estudantes de medicina*. Rio de Janeiro: Litteris, 2001.

RUSSO, J. A. Indivíduo e transcendência: algumas reflexões sobre as modernas 'religiões do eu'. *DOXA – Revista Paulista de Psicologia*, 3(3): 9-33, 1997.

RUSSO, J. & PONCIANO, E. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao reencantamento da Natureza. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 12(2): 345-373, 2002.

SACKS, O. Ver e não ver. In: SACKS, O. *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SALEM, T. *Sobre o "Casal Grávido": incursão em um universo ético*, 1987. Tese de Doutorado , Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SALEM, T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana,* 3 (1): 75-94, 1997.

SAWDAY, J. *The Body Emblazoned: dissection and the human body in Renaissance culture*. London, New York: Routledge, 1996.

SEEGER, A. Corporação e corporalidade. In: SEEGER, A. *Os Índios e Nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SEEGER, A.; DaMATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19, 1979.

SHAPIN, S. *A Revolução Científica*. Algés: Difel 82/ Difusão Editorial, 1999.

STABILE, C. Shooting the mother: fetal photography and the politics of disappearance. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L. & PENLEY, C. (Eds.) *The Visible Woman: imaging technologies, gender, and science*. New York/ London: New York University Press, 1998. p. 171-197.

STURKEN, M. & CARTWRIGHT, L. *Practices of Looking: an introduction to visual culture*. New York: Oxford University Press, 2001.

TAYLOR, J. Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American culture. In: FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (Eds.) *Reproducing Reproduction: kinship, power*

and technological innovation. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998.

TURKLE, S. *The Second Self: computers and the human spirit*. New York: Simon and Schuster, 1984.

TURKLE, S. *Life on the Screen: identity in the age of the Internet*. New York: Touchstone Books, 1997.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (Org.) *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

WOO, J. History of ultrasound in obstetrics and gynecology, part 1. Last revised mar. 2006. Disponível em: <www.ob-ultrasound.net/history1.html>. Acesso em: 5 set. 2006.

YOXEN, E. Seeing with sound: a study of the development of medical images. In: BIJKER, W. E.; HUGHES, T. & PINCH, T. J. (Eds.) *The Social Construction of Technological Systems: new directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: MIT Press, 1987.

Bibliografia Consultada

ANDRADE, R. A. S. *L'héritage Romantique Allemand dans la Pensée Freudienne*, 1990. Tese de Doutorado, Paris: Université de Paris VII.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ARMSTRONG, D. The invention of infant mortality. *Sociology of Health & Illness: a Journal of Medical Sociology*, 8(3): 211-232, 1986.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BECKER, H. S. et al. *Boys in White: student culture in medical school*. New Brunswick/ London: Transaction Publishers, 1997.

BERGER, J. *Modos de Ver*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

BLANCHET, A. & GOTMAN, A. *L'enquête et ses Méthodes: l'entretien*. Paris: Éd. Nathan Université, 1992.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. *Physis*, 7(1): 45-68, 1997.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, 18(1): 5-22, 1997.

CHACEL, P. P. De volta ao passado. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, Coluna 'Fala Médico', n. 148, p.10, mar.-abr. 2004.

CHAZAN, L. K. *Visão e Totalidade: considerações sobre a doutrina das cores de Goethe e a construção do observador moderno*, 2002. Monografia. (Trabalho de

conclusão do curso Antropologia Cognitiva), Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Mimeo.)

CLIFFORD, J. Power and dialogue in ethnography: Marcel Griaule's initiation. In: STOCKING JR., G (Ed.) *Observers Observed: essays on ethnographic fieldwork*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1983.

CLIFFORD, J. & MARCUS, G. Introduction: partial truths. In: CLIFFORD, J. & MARCUS, G. (Eds.) *Writing Culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, London: University of California Press, 1986.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COUTINHO, A. P. A. Uma análise bioética da 'casa de parto'. *Jornal do Cremerj*, 161: 12, fev. 2004.

CRARY, J. *Suspensions of Perception: attention, spectacle, and modern culture*. Cambridge, London: The MIT Press, 2001.

CUSSINS, C. M. Quit sniveling, cryo-baby: We'll work out which one's your mama! In: DAVIS-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York, London: Routledge, 1998a.

CUSSINS, C. M. Producing reproduction: techniques of normalization and naturalization in infertility clinics. In: FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (Eds.) *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998b.

DEBORD, G. *A Sociedade do Espetáculo: comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DINIZ, D. & RIBEIRO, D. C. *Aborto por Anomalia Fetal*. Brasília: Letras Livres, 2003.

DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ELIAS, N. Formação do Estado e civilização. In: ELIAS, N. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. v. 2.

FIGUEIRA, S. A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais na 'cultura da psicanálise'. In: FIGUEIRA, S. A. *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FIGUEIREDO, L. C. *A Invenção do Psicológico: quatro séculos de subjetivação – 1500-1900*. São Paulo: Educ, Escuta, 1992.

FOUCAULT, M. *Omnes et singulatim*: por uma crítica da 'razão política'. *Novos Estudos Cebrap*, 26: 77-99, 1990.

FOUCAULT, M. Não ao sexo rei. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. Introduction. In: FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GUSDORF, G. *Le Savoir Romantique de la Nature*. Paris: Payot, 1985.

HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. Insider accounts: listening and asking questions. In: HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. *Ethnography: principles in practice*. London/ New York: Tavistock Publications, 1986.

HARTOUNI, V. Fetal exposures: abortion politics and optics of allusion. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L. & PENLEY, C. (Eds.) *The Visible Woman: imaging technologies, gender, and science*. New York/ London: New York University Press, 1998.

HUNT, L. (Ed.) *A Invenção da Pornografia: obscenidade e as origens da modernidade, 1500-1800*. São Paulo: Hedra, 1999.

JORNAL DO CREMERJ. Rio de Janeiro. Editorial. n. 158, p. 2, nov. 2003.

JORNAL DO CREMERJ. MP faz sindicância sobre casas de parto. n. 158, p. 3, nov. 2003.

KULICH, D. *Travesti: sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago/ London: The University of Chicago Press, 1998.

KULICH, D. & WILSON, M. *Taboo: sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*. London/ New York: Routledge, 1995.

LÉVI-STRAUSS, C. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss [1947]. In: MAUSS, M. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1950.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução: a obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: E.P.U./Edusp, 1974. v. 1.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1976. (Coleção Os Pensadores, XLIII)

MALINOWSKI, B. *Um Diário no Sentido Estrito do Termo*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

MARCUS, G. E. & FISCHER, M. M. J. *Anthropology as Cultural Critique: an experimental moment in the human sciences*. Chicago/ London: The University of Chicago Press, 1986.

MARTIN, E. The fetus as intruder: mother's bodies and medical metaphors. In: DAVIS-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge, 1998.

MOTT, M. L. Mme. Durocher, modista e parteira. *Revista Estudos Feministas*, 2(3): 101-116, 1994.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ORTEGA, F. O corpo transparente: apontamentos para uma história cultural da visualização médica do corpo, 2004. (Mimeo.)

PALL MALL GAZETTE. Occasional Notes. London, 20 mar. 1896. p. 2.

PETCHESKY, R. P. Introduction. In: PETCHESKY, R. P. & JUDD, K. (Eds.) *Negotiating Reproductive Rights: women's perspectives across countries and cultures*. London/ New York: Zed Books, 1998a.

PETCHESKY, R. P. Cross-country comparisons and political visions. In: PETCHESKY, R. P. & JUDD, K. (Eds.) *Negotiating Reproductive Rights: women's perspectives across countries and cultures*. London, New York: Zed Books, 1998b.

PINTO, P. G. H. R. *Saber Ver: recursos visuais e formação médica*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PORTO, M. A. T. *Um Espectro na Máquina: abordagem cultural da tecnologia médica*, 1995. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

RABINOW, P. *Reflections on Fieldwork in Morocco*. Berkeley/ Los Angeles: University of California Press, 1977.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROPA, D. & DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do 'atendimento psicológico' às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

SÁ, G. J. da S. e. Meus macacos são vocês: um antropólogo seguindo primatólogos em campo. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 24, 2004, Recife. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa 36: Antropologia, Trabalho de Campo e Subjetividade: desafios contemporâneos, 2004. (Mimeo.)

SALEM, T. A trajetória do 'casal grávido': de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

SANJEK, R. (Ed.) *Fieldnotes: the makings of anthropology*. Ithaca/London: Cornell University Press, 1990.

SENNETT, R. *O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SCHMIDT, M. & MOORE, L. J. Constructing a 'good catch', picking a winner: the development of technosemen and the deconstruction of the monolithic male. In:

DAVIS-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York/ London: Routledge, 1998.

SHORTER, E. *The Making of the Modern Family*. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1977.

SHORTER, E. *Women's Bodies: a social history of women's encounter with health, ill-health, and medicine*. New Brunswick/ London: Transaction Publishers, 1997.

SIBILIA, P. *O Homem Pós-Orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SIMMEL, G. *On Individuality and Social Forms*. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

STAFFORD, B. M. *Good Looking: essays on the virtue of images*. Cambridge/ London: The MIT Press, 1997.

STAFFORD, B. M. *Body Criticism: imaging the unseen in enlightenment art and medicine*. Cambridge, London: The MIT Press, 1997.

TAYLOR, C. *As Fontes do Self: a construção da identidade moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

TIERNEY, T. F. Anatomy and governmentality: a Foucauldian perspective on death and medicine in modernity. *Theory & Event*, 2(1): 1-52, 1998. Disponível em: <muse.jhu.edu/journals/theory_and_event/v002/2. 1tierney.html>.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2): 483-492, 2002.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1999.